

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LETÍCIA ROSA SANTOS

**DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS: A PERCEPÇÃO E O AGIR DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE SAÚDE**

**PORTO ALEGRE
2004**

LETÍCIA ROSA SANTOS

DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS: A PERCEPÇÃO E O AGIR DA EQUIPE
DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de MESTRE EM ENFERMAGEM.

Orientadora: Prof^a Dr^a Olga Rosária Eidt

Porto Alegre

2004

S237d Santos, Leticia Rosa

Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde / Leticia Rosa Santos. – Porto Alegre: UFRGS/PME, 2004
132P.

Dissertação(mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul –Mestrado em Enfermagem.

1. Enfermagem-Saúde Pública. 2. Produção Textual I Título

CDU 614.253.5

Bibliotecária responsável Jandira Cardoso Reguffe CRB 10/1354

Letícia Rosa Santos

Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um Centro de Saúde

Aprovada em: Porto Alegre, 27 de janeiro de 2004.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Olga Rosária Eidt (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Lucilda Selli
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof^a. Dr^a. Beatriz Regina Lara dos Santos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lorenzi Bonilha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

À Professora Olga R. Eidt, por suas orientações, por apoiar as minhas idéias e compartilhar comigo o seu conhecimento e a sua amizade, pois o que faz o verdadeiro mestre são a dedicação e o exemplo.

Às professoras da banca examinadora pelas ricas colaborações apresentadas no exame de qualificação.

Aos professores do Curso de Mestrado em Enfermagem que partilharam seus conhecimentos comigo, assim como a oportunidade de aprendizado e crescimento.

A equipe de enfermagem, sujeitos desta pesquisa, pela abertura e acolhimento, pois sem as suas contribuições este trabalho não seria possível.

Aos colegas de curso, em especial a Adriana Aparecida Paz, que sempre estiveram perto, pelos momentos conjuntos de descobertas e desafios.

Ao Vilmar A. G. Tondolo, minha irmã Mirian, minha família e amigos que estiveram sempre comigo, compreendendo minhas ausências, por não estar presentes da forma como precisavam e pela inestimável ajuda e estímulo nas horas difíceis.

Em especial a meus pais, Ideraldo e Leci que, com o seu exemplo, me ensinaram a importância de estudar para crescer e mostrar o valor do respeito às pessoas. Por todo o amor e ajuda despreendidos para que chegasse até aqui.

RESUMO

Em nossa sociedade questões ligadas à bioética estão entre os temas que mais merecem nossa atenção como enfermeiros e profissionais de saúde. A promulgação da Constituição Federal e a regulamentação do SUS não foram suficientes para garantir a legitimação do direito à saúde de todos os cidadãos usuários do SUS. Dessa forma esta pesquisa tem como propósito analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos do cidadão usuário do SUS e sua aplicação no exercício da assistência de enfermagem. Caracteriza-se como um estudo de caso de uma unidade de atendimento de um Centro de Saúde da rede básica de saúde, onde os participantes foram seis profissionais integrantes da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de observações e entrevistas semi-estruturadas, sendo após submetidos ao método de análise de conteúdo de acordo com Bardin. A partir da análise dos dados, emergiram três temas: os direitos do cidadão usuários SUS percebidos pela equipe de enfermagem, a implementação dos direitos do cidadão usuário SUS na prática assistencial e alvitre para a preservação dos direitos do cidadão usuário SUS. Este estudo pode ser considerado uma estratégia para favorecer a desconstrução de práticas que podem ser vistas como “normalidades”, contribuindo para que o exercício de cidadania do usuário e seus direitos sejam respeitados e possam ser apreendidos e incorporados ao cotidiano dos profissionais e dos próprios usuários do SUS. Além de procurar refletir sobre a importância e mostrar a necessidade de discussão para o alcance de mudanças efetivas e a verdadeira implantação do SUS. Independente de limitações à assistência decorrentes de aspectos administrativos setoriais, o comprometimento crescente da equipe de enfermagem tornou-se um fator preponderante na qualidade assistencial.

Palavras-chave: Bioética, direitos do paciente, SUS (Sistema Único de Saúde)

Linha de Pesquisa: Práticas de Enfermagem e Saúde Coletiva

ABSTRACT

In our society nowadays questions connected to Bioethics are among the topics that deserve our attention for most, as nurses and health care professionals. The publishing of the Federal Constitution and the SUS (Integrated Health Care Assistance System) settlement were not enough to guarantee the legitimation of the right to Health care to all citizens who need SUS. Thus, this research has the purpose of analyzing the perception of the nursery team about the rights of the citizen that is usuary of SUS and its appliance on the exercise of the nursery assistance. As a case for study, we have a unity of attendance of a Health Care Center from the basic health care net, where the participants were six professionals integrantes of the nursery team. The data was collected beyond observations e semi structured interviews, being analyzed by the analysis method of the content, according to Bardin (1979). From the data analysis, three topics came up: the rights of the citizen usuary of SUS, realized by the nursery team; the implementation of the rights of the citizen usuary of SUS on the assistance matter and suggestions for the preservation of the rights of the usuary of SUS. This study can be considered a strategy to help stopping creating appliances that may be seen as “usual procedures”, contributing to the exercise of usury citizen hood and his rights are respected and may be learned and absorbed to the life of the professionals and to the own usuaries of SUS, besides trying to think about the importance e showing the search for discussion to reach effective changes and the true establishment of SUS. Besides the assistance limitations from the sector management aspects, the increased commitment of the nursery team has become a very important factor on the quality of attendance.

Key Words: Bioethics, patient rights, SUS (Public Healthcare System)

Line of Research: Nursing Practice and Collective Health

RESUMEN

En nuestra sociedad cuestiones relacionadas a la bioética están entre los temas que más merecen nuestra atención como enfermeros y profesionales de salud. La promulgación de la Constitución Federal y la reglamentación del SUS no han sido suficientes para asegurar la legitimación del derecho a la salud de todos ciudadanos usuarios del SUS. De esa forma esta pesquisa tiene como meta analizar la percepción del equipo de enfermería sobre los derechos del ciudadano usuario del SUS y su aplicación en el ejercicio de la asistencia de enfermería. Se caracteriza como un estudio de caso de una unidad de atendimento de un Centro de Salud de la red básica de salud, donde los participantes han sido seis profesionales integrantes del equipo de enfermería. Los datos fueran colectados a través de observaciones y entrevistas estructuradas, sendo después sometidos al método de análisis de contenidos de acuerdo con Bardin (1979). A partir de la análisis de los datos, surgirán tres temas: los derechos del usuario del SUS percibidos por el equipo de enfermería, la implementación de los derechos del usuario SUS en la práctica asistencial y sugerencias par la preservación de los derechos del usuario SUS. Este estudio puede ser considerado una estrategia para favorecer la desconstrucción de practicas que pueden ser vistas como normales, contribuyendo para que el ejercicio de la ciudadanía del usuario y sus derechos sean respetado y puedan ser incorporados a la rutina de los profesionales y de los propios usuario del SUS. Además de buscar refletir sobre la importancia y mostrar la necesidad de discusión para el alcance de cambio efectivos y la verdadera implantación del SUS. A parte de las limitaciones a la asistencia derivada de aspectos administrativos sectoriales, las dedicaciones crecientes del equipo de enfermería se ha transformado en factor esencial a la calidad asistencial.

Palabras Claves: Bioetica, derechos del paciente, SUS (Sistema Único de Salud)

Línea de Pesquisa: Práctica de Enfermería y Salud Colectiva

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	9
<u>2</u>	<u>REVISÃO DE LITERATURA</u>	16
<u>2.1</u>	<u>BIOÉTICA E SAÚDE</u>	16
<u>2.2</u>	<u>A BIOÉTICA E A DISCUSSÃO DO DIREITO À SAÚDE</u>	22
<u>2.3</u>	<u>DIREITOS DO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</u>	27
<u>3</u>	<u>METODOLOGIA</u>	32
<u>3.1</u>	<u>TIPO DE ESTUDO</u>	32
<u>3.2</u>	<u>LOCAL DO ESTUDO</u>	32
<u>3.3</u>	<u>PARTICIPANTES DO ESTUDO</u>	34
<u>3.4</u>	<u>COLETA DE DADOS</u>	35
<u>3.5</u>	<u>ANÁLISE DOS DADOS</u>	37
<u>3.6</u>	<u>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</u>	39
<u>4</u>	<u>APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</u>	42
<u>4.1</u>	<u>TEMA UM: OS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS PERCEBIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM</u>	43
<u>4.1.1</u>	<u>Direito a universalidade de acesso</u>	43
<u>4.1.2</u>	<u>Direito a integralidade da assistência</u>	50
<u>4.1.3</u>	<u>Direito a preservação da autonomia das pessoas</u>	54
<u>4.1.4</u>	<u>Direito a igualdade da assistência à saúde</u>	58
<u>4.1.5</u>	<u>Direito a informação</u>	60
<u>4.1.6</u>	<u>Direito a resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos</u>	68
<u>4.2</u>	<u>TEMA DOIS: A IMPLEMENTAÇÃO DOS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL</u>	70
<u>4.2.1</u>	<u>Aspectos convergentes aos direitos dos usuários</u>	71
<u>4.2.2</u>	<u>Aspectos adversos aos direitos dos usuários</u>	83
<u>4.2.3</u>	<u>Dificuldades para efetivar os direitos na prática</u>	91
<u>4.2.3.1</u>	<u>Dificuldades relacionadas ao serviço</u>	92
<u>4.2.3.2</u>	<u>Dificuldades relacionadas ao profissional</u>	96
<u>4.2.3.3</u>	<u>Dificuldades relacionadas ao usuário</u>	98
<u>4.3</u>	<u>TEMA TRÊS: ALVITRES PARA A PRESERVAÇÃO DOS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS</u>	103
<u>4.3.1</u>	<u>O contexto atual de preservação aos direitos dos usuários</u>	104

<u>4.3.2 Contribuições idealizadas à preservação dos direitos dos usuários</u>	109
<u>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	114
<u>REFERÊNCIAS</u>	120
<u>APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</u>	128
<u>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM</u>	129
<u>APÊNDICE C – OFÍCIO À COORDENADORA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE</u>	130
<u>APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE</u>	131
<u>ANEXO A – FOLDER INFORMATIVO DO SERVIÇO DE CURATIVOS</u>	132

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade, o homem buscava a harmonia e o bem-viver em pequenas comunidades. Para alcançar o bem-estar foram sendo constituídas regras de conduta, pouco a pouco incorporadas ao cotidiano e aos costumes de diferentes grupos.

Neste final de século, é impossível não avaliar as modificações estruturais ocorridas em todos os campos da atividade humana, incluindo as de saúde. Tais mudanças geram novos comportamentos e reflexões sobre valores, crenças e hábitos de determinada população, e sua relação com a evolução humana é assunto sempre presente e inesgotável.

Observando estas mudanças na área da saúde a Bioética se ocupa de discutir os problemas éticos ocasionada pelo avanço extraordinário das ciências biológicas, bioquímicas e médicas. A Bioética ocupa-se também da reflexão que visa o agir correto em assuntos de muita importância para o bem-estar ou sobrevivência da humanidade (CLOTET, 1994).

Segundo Leoni e Privitera (2001, p.87) a emergência de questões bioéticas “não surge apenas como exigência de moralizar a cultura ou a sociedade”, e sim como uma tentativa de melhorar as condições de vida da população.

O sistema de saúde brasileiro passa por um período de crise em relação à qualidade e aos valores referentes ao exercício profissional. A ética aparece cada vez mais na assistência à saúde. Ela emerge em decorrência das diversas modificações e avanços da tecnologia que nos fazem refletir sobre as condutas a serem adotadas em determinadas situações. No extremo oposto encontra-se a

exigência sempre crescente de enfrentar a redução de recursos.

Entre as questões éticas no exercício profissional estão os direitos do usuário¹, os quais assegurados em vários documentos. Esse tema, que deveria ser um assunto já conhecido e preconizado por todos os profissionais de saúde, parece não estar eficientemente focalizado em nossa realidade. Em muitas situações, a participação do cliente no seu tratamento, co-atuando com o profissional na tomada de decisão, parece inexistir.

Durante os estágios realizados no decorrer do curso de Graduação em Enfermagem, percebi a postura de profissionais e estudantes em relação à assistência prestada aos clientes, por vezes autoritária e, até, desrespeitosa frente a alguns direitos dos usuários.

Com a realização da disciplina de Exercício em Enfermagem e a participação como Bolsista de Iniciação Científica em dois projetos² ligados a questões éticas, foi possível discutir alguns pontos sobre a ética, a ética profissional e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Tal oportunidade me proporcionou uma visão um pouco mais ampliada sobre o assunto.

Nas aulas práticas começaram a emergir questões referentes à postura dos profissionais e dos usuários frente ao desrespeito dos seus direitos. Diante destes questionamentos e sentimentos antagônicos, emergiu em mim uma necessidade de achar algumas respostas. Concomitante, decidi realizar o trabalho de conclusão de curso de graduação voltado para a ética e, mais precisamente, enfocando os direitos do usuário que parecem ser tão desrespeitados e desconhecidos tanto pelos próprios usuários, como pelos profissionais que lidam com eles. Nesse trabalho,

¹ Serão utilizadas as expressões usuário e paciente como sinônimos. Segundo Goldim (1999) a palavra paciente tem origem grega, significando "aquele que sofre", sendo utilizada neste sentido.

procurei compreender a percepção dos clientes de um Hospital Universitário acerca do (des) respeito aos seus direitos no atendimento de saúde recebido.

Com o término da monografia obtive dois achados. No primeiro confirmei que os pacientes, predominantemente, não participam da tomada de decisões sobre o seu tratamento, não têm sua autorização solicitada na realização de exames, medicações e outros cuidados, assim como não recebem informações sobre tais procedimentos, desconhecendo seus direitos como pacientes de uma instituição de saúde. Identifiquei que, em diversos momentos na prática dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar, as relações entre quem pratica os cuidados e quem recebe sua atenção encontram-se hierarquizadas e equivocada, pois os espaços do paciente, para o exercício de sua liberdade, parecem bastante limitados. A relação profissional/paciente, orientada por valores e pelo respeito ao outro deve ser unívoca e não equivocada. Como estratégia de enfrentamento desta situação, elaborou-se uma cartilha, onde foram discriminados os direitos que os pacientes de uma instituição de saúde necessitariam conhecer de forma a exercer sua cidadania. No segundo achado constatei o fato de as enfermeiras, no exercício de sua prática, assumem posturas de desrespeito aos direitos dos pacientes (SANTOS e BENERI, 2001).

Assim, diante deste problema, averigüei a necessidade de explorar mais o assunto, buscando respostas junto à produção de enfermagem enfocando as questões éticas, a relação do enfermeiro e o paciente, mais precisamente o respeito aos direitos do mesmo no decorrer da assistência.

Coelho (1993), ao estudar o conhecimento das enfermeiras acerca das suas responsabilidades ético-legais, crenças, valores, opiniões e atitudes, afirma que

² Projeto: "Enfermagem: Profissão de cuidado ou de negação de si e do outro?"- PIBIC-CNPq Período: 08/1999 a 07/2000, e Projeto "A ética na enfermagem como o cuidado de si e do outro" – CNPq Período: 08/2000 a 07/2001.

estas profissionais reconhecem os direitos dos pacientes, embora o poder de decidir continue centrado no profissional de saúde.

Santos (1999) observou que os enfermeiros não possuíam um conhecimento do Código de Ética que demonstrasse seu significado claro e preciso. Convém ressaltar que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem³ teve sua primeira edição em 1958 e que nos quase 45 anos de vigência, todos os profissionais em exercício na enfermagem estão sob sua égide legal. Compreendo que, desconhecê-lo significa que estes profissionais em várias circunstâncias podem estar exercendo suas funções sem suas diretrizes deontológicas.

Gomes (2001), ao procurar identificar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre os direitos do cidadão hospitalizado e verificar se estes transpõem para a prática tais conhecimentos, observou que os enfermeiros possuem algum conhecimento, porém ocorreu incoerência entre o discurso e a práxis de alguns sujeitos.

Diante destes problemas e explorando mais o assunto, é possível encontrar junto à produção de enfermagem estudos enfocando as questões éticas, porém mais precisamente a problemática dos direitos dos pacientes hospitalizados. Tais estudos enfocam a temática sob diferentes ângulos da formação dos enfermeiros no Brasil à visão dos profissionais, passando pelos modelos éticos relacionados à prática da enfermagem e pelo conhecimento da equipe de enfermagem sobre os direitos do paciente hospitalizado.

Após o término do curso de Graduação em Enfermagem, minhas inquietações sobre ética, bioética e direitos do paciente ainda persistiam. Como forma de poder continuar minha trajetória na pesquisa, ingressei no mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Durante o curso, obtive

a oportunidade de inserir-me no Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade voltando meu olhar para as dimensões éticas na assistência à saúde comunitária.

Nesta perspectiva, percebi a necessidade de ampliar estes conhecimentos aplicados à saúde coletiva, mais precisamente no exercício profissional da equipe de enfermagem nos postos de saúde em relação aos direitos dos cidadãos usuários de um Centro de Saúde frente ao contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a legislação do setor da saúde evoluiu muito mais que a prática coletiva estando esta, longe de acompanhar os avanços proporcionados pela lei. A grande dificuldade pela qual passamos é a de implementar na prática estas conquistas legais, ou seja, “adicionar o progresso moral já verificado na legislação, aos comportamentos públicos” (GARRAFA, 1993, p.15).

Os direitos do usuário do SUS estão legitimados nas Leis Federais Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a e 1990b) que regulamentariza o SUS e expõe a saúde como um direito fundamental do ser humano. No entanto o SUS apesar de seus mais de dez anos de existência, enfrenta muitas dificuldades para sua total implantação desde sua criação.

Ao meu ver, avanços evidentes foram conquistados, porém alguns dos princípios que norteiam a proposta do SUS, entre eles, a universalidade, a equidade e a integralidade, estão distantes da realidade da maioria dos serviços de saúde, não condizendo com o que a legislação preconiza.

Os princípios do SUS devem compor os valores éticos que norteiam a conduta dos profissionais da saúde de modo a construir uma sociedade mais justa e sem exclusões. Observando a assistência prestada por estes profissionais na área

³ Denominação adotada em 1993, anteriormente se designava Código de Deontologia.

da saúde coletiva, constatei que um dos alicerces para concretizar uma mudança nesta realidade são os trabalhadores da saúde.

Os profissionais precisam introjetar os valores e princípios e praticá-los a partir de convicções e não por obrigação. Uma vida pautada pela ética se caracteriza pela ética como prática de si, própria de quem conseguiu assimilar a importância de orientar a vida a partir de determinados princípios e valores. Torna-se uma necessidade humana, transcendendo o cumprimento por dever prescritivo e pautando uma vida pautada pela ética da responsabilidade individual e coletiva.

Assim, segundo alguns autores, mudanças nesta realidade só são possíveis se mudarmos os sujeitos que se colocam como executores deste modelo assistencial, construindo novos valores, uma cultura e comportamentos pautados na solidariedade, cidadania e humanização na assistência (CAMPOS, 1992; MERHY 1997 e 1998; FRANCO e MERHY, 1999).

Portanto, o propósito deste estudo é trazer elementos que favoreçam a mudança desta realidade.

Considero-o uma estratégia para favorecer a desconstrução de práticas que podem ser vistas como “normalidades”, contribuindo para que o exercício de cidadania do usuário e seus direitos sejam respeitados e possam ser apreendidos e incorporados ao cotidiano dos profissionais e dos próprios usuários do SUS.

Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo geral:

- Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos do cidadão usuário SUS⁴ e sua aplicação no exercício da assistência de enfermagem.

E como objetivos específicos:

⁴ Terminologia proposta pelo Ministério da Saúde e adotada no Centro de Saúde IAPI, local deste estudo, a partir de 2002.

- conhecer a percepção da equipe de enfermagem quanto aos direitos do cidadão usuário SUS em relação a assistência requerida;
- conhecer como a equipe de enfermagem procede em relação aos direitos do cidadão usuário SUS e
- descrever, partindo das percepções da equipe de enfermagem, estratégias para preservar os direitos dos usuários do SUS quanto a saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BIOÉTICA E SAÚDE

A ética tem sido parte fundamental do exercício de qualquer profissão, em todas as épocas. Nas últimas décadas, problemas éticos da saúde e das ciências biológicas explodiram em nossa sociedade com grande intensidade, não mais somente no âmbito dos círculos de profissionais especializados, mas como um fato sócio-cultural que atinge toda a humanidade.

A palavra ética deriva do termo grego *ethos* e indica os modelos de comportamento. No Dicionário de Bioética, segundo Furla (2001, p.432) a ética constitui-se em “uma reflexão sobre o *ethos*, isto é, sobre o comportamento humano, sobre as suas múltiplas manifestações e sobre os seus pressupostos ideais”.

Para Rios (1999, p.23)

A ética se apresenta como uma reflexão crítica sobre a moralidade, sobre a dimensão moral do comportamento do homem. Cabe a ela, enquanto investigação que se dá no interior da filosofia, procurar ver claro, fundo e largo os valores, problematizá-los, buscar sua consistência.

Dessa forma, a ética pode servir para fundamentar a moral, sem, entretanto, ser normativa; sua missão é explicar a moral efetiva, numa perspectiva crítica que quer compreender e buscar o sentido da ação.

Quando focalizamos questões éticas referentes à vida humana, estamos retratando a bioética. Este termo foi criado pelo oncologista e biólogo americano Van Rensselaer Potter, em 1978, em seu livro *Bioethics: bridge to future*. Segundo o

Dicionário de Bioética, este termo significa

“uma ponte que a Humanidade de hoje começa a construir para se unir às gerações que viveram e não de viver, nesta Terra, (...) uma ponte de solidariedade responsável que a Humanidade estabelece com o seu próprio futuro”(LEONE e PRIVITERA, 2001, p.96).

A Bioética, de acordo com a *Encyclopedia of Bioethics*, tem sido descrita como “o estudo sistemático do comportamento humano na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, enquanto se examina esse comportamento à luz dos valores e dos princípios morais”. (Bellino, 1997, p.21).

Segundo Sgrecia (1996), a bioética surgiu da evolução do saber, da moral dos povos e de novas concepções geradas pelas atuais realidades da saúde, da sociologia, da biologia e da filosofia; e atualmente, ela analisa as dúvidas que podem ser localizadas em vários momentos da vida humana – antes do nascer, no nascimento, ao longo da vida e na morte, assim como aspectos de repercussão individual ou coletiva do dia-a-dia da humanidade (CLOTET, 1994).

Existem várias correntes de pensamento na Bioética oriundos de diferentes interpretações filosóficas do mundo e da vida. Assim podemos encontrar quatro escolas de Bioética (OLIVEIRA,1997):

- Escola de Bioética Norte-americana, voltada para a defesa dos direitos individuais da pessoa (microbioética – individual/privado);
- Escola de Bioética Européia, centrada na função social das ciências biológicas (macrobioética – coletivo/público);
- Escola de Bioética Latino-americana, direcionada para as questões de defesa dos direitos coletivos; e
- Escola de Bioética da Inspiração Filosófica Oriental, com uma visão holística da vida, caracterizada pelo humanitarismo.

Dentro dessas escolas, nasceram várias perspectivas de abordagem bioética, as quais consideram diferentes características e modelos explicativos, desenvolvidos a partir de diferentes referenciais teóricos no contexto da tomada de decisão moral. Um dos modelos mais difundidos é o da Bioética Principlista, defendida por Tom Beauchamp e James Childress, centrado especificamente na ética biomédica, e que se orienta por três princípios: o da justiça, o da beneficência e não-maleficência e o princípio da autonomia (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

O princípio da Justiça refere-se à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que é moralmente certo e adequado, de dar a cada pessoa o que lhe é devido. O seu cumprimento pode ser questionado quando, mesmo que de modo assistemático, observamos no interior das instituições de saúde como são tratados os pacientes do SUS e os privados ou portadores de algum convênio diferenciado, ou na baixa oferta de recursos destinados aos pacientes do SUS pela crescente redução de verbas para o setor da saúde, o que indefinidamente não vem ao encontro deste princípio. Uma pessoa é vítima de uma injustiça quando lhe é negado um bem ao qual tem direito.

Cabe salientar, aqui, os princípios da Teoria da justiça de Rawls (1996, p.33) em que

toda pessoa tem igual direito a um regime plenamente suficiente de liberdade básica iguais, que seja compatível com um regime similar de liberdade para todos (...) e as desigualdades sociais e econômicas precisam satisfazer suas condições. Primeiro, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos em condições de uma eqüitativa igualdade de oportunidade e, segundo, devem procurar o máximo benefício dos membros menos avantajados da sociedade.

Dessa forma, não basta tratar igualmente para se obter justiça, pois não é justo tratar igualmente os desiguais.

O princípio da Beneficência referem-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, e o de Não-maleficência que preconiza

acima de tudo não causar mal ou dano as pessoas; prega que sejam atendidos os interesses do paciente ou de sujeito submetido à pesquisa e evitados danos ou tratamentos não reconhecidamente úteis e necessários, como professam os princípios hipocráticos: “usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minha capacidade e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça (...) no que diz respeito às doenças, criar o hábito de duas coisas: socorrer, ou, ao menos não causar danos” (Clotet, 1993).

E, por último, o princípio da Autonomia que requer a vontade, crenças e valores morais do ser humano, reconhecendo o seu domínio pela sua própria vida e o respeito à intimidade; prevê que as pessoas capazes de deliberarem sobre suas escolhas pessoais devam ser tratadas com respeito pela sua capacidade de autodeterminação. Este princípio requer que o profissional da saúde respeite a vontade do paciente ou de seu representante legal.

A Bioética Principlalista teve grande destaque na década de 70 e até hoje é adotada, porém tem sido criticada por aplicar os princípios de modo essencialmente objetivo e racional. Entretanto, na década de 90 desenvolveram-se outras vertentes que são de grande importância neste estudo, uma vez que a Bioética Principlalista apresenta limitações frente aos problemas morais em saúde coletiva (SCHRAMM e KOTTOW, 2001). Embora existam diversas abordagens das questões éticas que divergiram em decorrência das diferentes visões de mundo e da evolução dos conhecimentos, algumas noções ainda perduram, como a de agir de acordo com o bem.

Dentre as outras perspectivas de abordagem bioética, salientamos aqui algumas, que podem ser de grande valia para o enfrentamento dos problemas e conflitos éticos em saúde coletiva, como o modelo libertário ou autonomista

decorrente das idéias de Engelhardt Jr. (1998), o qual tem como proposta básica à defesa dos direitos do indivíduo sobre seu corpo, orientando-se pela tradição filosófica do liberalismo norte-americano. Esta autonomia do indivíduo permitiria a comercialização de órgãos e o estabelecimento de contratos, em vida, para utilização do corpo após a morte.

Outro modelo é o contratualista, sistematizado por Robert Veatch, defende que o processo de tomada de decisão deve ocorrer da troca de informações e da negociação entre cliente e profissional de saúde. Aborda as deficiências e limites da ética hipocrática (ROSA, 2001).

Considerações semelhantes são requeridas nas situações de Pesquisa. Através do Consentimento Livre e Esclarecido estabelece-se um vínculo entre pesquisador e/ou profissional de saúde e usuário através do diálogo e troca de informações, o que contribui para o aperfeiçoamento da prática médica e a melhora do relacionamento profissional-paciente baseado no princípio da justiça. É um compromisso moral de respeito à autonomia e à dignidade das pessoas (CLOTET, 1995).

O modelo da virtude, de Edmundo Pellegrino e David Thomasma, propõe a virtude como um valor moral. Entre as virtudes estão a prudência, a polidez, a coragem, a justiça, a compaixão, a humildade e o amor. Para os autores, a virtude é inata ao ser humano, precisando apenas ser despertada (SCHRAMM, 2001).

Também podemos encontrar o modelo personalista humanizante ou antropológico, que prega a singularidade humana e um processo de troca de informações para integrar o homem na sociedade, pautando-se pela antropologia filosófica (OLIVEIRA, 1997).

O modelo do cuidado, apresentado por Carol Gilligan que propõe o cuidado

como força motriz da sociedade e da sobrevivência, possui uma abordagem individualista, relativista e relacional que preconiza acercar-se de dilemas éticos, procurando soluções particulares para os problemas, direciona o cuidado para universo feminino/enfermagem (SCHRAMM, 2001).

Por fim, o modelo da responsabilidade, formulado por Hans Jonas, que considera a Natureza um bem comum da humanidade, e o modelo da solidariedade que considera este princípio como o principal ingrediente para se poder pensar em uma medicina ao mesmo tempo eqüitativa e sustentável (BARCHIFONTAINE e PESSINI, 2001).

Dentre as várias abordagens bioéticas, foram apresentadas aqui as mais relevantes. Todos esses modelos prevalecem em nossa sociedade e podem complementar-se ou até mesmo divergir em uma situação concreta enfrentada pelos profissionais de saúde, sendo necessária à utilização articulada dos modelos na busca de respostas para as situações.

Atualmente, dois dos temas mais discutidos em bioética são, de um lado, a engenharia genética e, do outro, a eqüidade em saúde. Esses temas refletem as duas áreas para as quais a bioética busca respostas. A primeira delas é a das situações emergentes, de limite ou fronteira, que trata dos novos dilemas decorrentes do desenvolvimento da ciência, como a doação e transplante de órgãos, engenharia genética e técnicas reprodutivas. E a segunda a das situações persistentes ou cotidianas, ou seja, conflitos que continuam acontecendo e que não deveriam mais acontecer a esta altura do século XXI: exclusão social, alocação de recursos, discriminação, entre outros.

Selli (2001, p.21) afirma que a bioética não deve se ocupar somente das questões de fronteira, pois assim se limita a uma minoria da população; a bioética

“faz parte do cotidiano de todo ser humano e, portanto deve ser enfatizada” e voltar-se para os conflitos/dilemas do dia-a-dia, como os direitos do paciente e o conteúdo do conceito de cidadania em saúde.

Garrafa (1999, p.264) mostra que na Saúde Coletiva, devemos trabalhar a dimensão ética, inclinando-nos principalmente às questões relativas a “justiça, cidadania, direitos humanos, liberdade, participação, autonomia, igualdade e complexidade, responsabilidade, beneficência, solidariedade, eqüidade, qualidade e excelência, radicalidade, tolerância”, ou seja, a dimensão das situações persistentes que enfatizam as questões e os problemas coletivos, mais voltada às questões do cotidiano da saúde coletiva.

2.2 A BIOÉTICA E A DISCUSSÃO DO DIREITO À SAÚDE

Conforme Fleury (1985) a Saúde Coletiva é uma “área de produção de conhecimentos que tem como objeto as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação” (In PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p.61).

Neste contexto, o direito à saúde é o valor-mor do paradigma bioético (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 1997). Utiliza-se correntemente em bioética a linguagem dos direitos que visa alcançar a humanização nos serviços de saúde e garantir os direitos dos cidadãos enquanto usuários deste serviço. Para Garrafa,

o termo (bioética) engloba uma extensa lista de problemas para homens e mulheres, com interesses distintos mas superpostos, referentes aos direitos e obrigações dos profissionais, dos pacientes

e da sociedade, e que se relacionam com a saúde (1995, p.25).

O direito é o elemento principal da ordem da cidadania. Fortes (1994) afirma que um dos principais indicadores de qualidade no planejamento e na gestão dos serviços de saúde deve ser o respeito aos direitos dos cidadãos, enquanto usuários desses serviços. Entretanto, o autor adverte que reflexões sobre este tópico têm sido mínimas, e isso “acaba por nos habituar às freqüentes violações, tanto as de ordem ética como as de natureza legal, que ocorrem no cotidiano das relações usuário-serviço de saúde” (op.cit., p.133).

Lunardi e Soares (2002) concordam com Fortes (1994), referindo que a qualidade institucional deve ser orientada para preservar os direitos dos usuários e não apenas para a organização dos serviços.

Segundo Ornelas (1995, p.188),

A inserção do princípio do direito à saúde e ao acesso universal aos serviços de saúde, no texto da Constituição de 1988 - resultado da luta que envolveu profissionais de saúde e população organizada, pela saúde e pelo direito universal de acesso aos serviços de saúde não foi suficiente para tornar esses direitos reais.

Mais que configurados, sem dúvida, os direitos necessitam ser acessíveis e concretizados e, acima de tudo, o direito à saúde precisa ser reconhecido enquanto direito social.

Parece necessário resgatar que quando falamos em direitos, remetemo-nos ao final da II Guerra Mundial, quando esta questão emergiu e ganhou nova forma e força, em decorrência do holocausto, do desrespeito à vida humana, do sofrimento dos prisioneiros nos campos de concentração. A partir daí, multiplicaram-se os movimentos sociais, sendo realizados estudos e elaborados códigos que visavam estabelecer e defender os direitos da população.

Podemos notar que os meios de comunicação e os eventos científicos, assim como muitas entidades, como o Conselho Federal de Enfermagem, estão cada vez mais direcionados ao favorecimento dos direitos dos pacientes. No entanto, boa parte da população e mesmo dos profissionais, além de desconhecê-los, podem não ter suficiente noção das implicações legais a que podem estar submetidos, caso os desrespeitem.

Presentemente, são inúmeras as entidades que criam documentos sobre este assunto, de modo a possibilitar uma melhor assistência ao usuário. No Brasil, podemos citar três:

- o Código de Defesa do Consumidor, que em seu capítulo III estabelece que são direitos básicos do consumidor a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral (PAGANO, 1998);
- a Lei Estadual 10.241/99 de São Paulo que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde expondo entre outros direitos o de ser respeitado como pessoa, receber informações pertinentes a si, consentir ou recusar o tratamento, acessar o seu prontuário e de ter assegurada durante a assistência a satisfação de suas necessidades (OSELKA, 2001) e;
- os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado editada pelo Ministério da Justiça em Resolução de outubro de 1995, que apresenta como direitos a proteção à vida e à saúde, a ser acompanhado de responsável durante a assistência, de ser informado sobre seu estado de saúde, a respeito a sua integridade, a confidencialidade de seus dados e a receber todos os recursos disponíveis as suas necessidades (GAUDERER, 1998).

Os direitos do usuário do SUS estão legitimados nas Leis Federais Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a e 1990b), que regulamentam o SUS.

No entanto, o SUS, apesar de seus mais de dez anos de existência, enfrenta muitas dificuldades para sua total implantação.

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, fica estabelecido que a saúde é um direito fundamental do ser humano (BRASIL, 1988). Iremos considerar neste estudo os princípios do SUS como direitos dos cidadãos e devendo ser respeitados e seguidos não só mais como uma doutrina dos profissionais mas como direitos de outrem.

Segundo estudos realizados por Merhy (1994) que ao analisar o modelo de saúde mais difundido atualmente, o medico-privatista, constatou à relação profissional-usuário ocorre de maneira impessoal, objetivante e descompromissada, mostrando déficit nos princípios de acesso aos serviços, integralidade da assistência, acolhimento e vínculo entre profissional e usuário e baixa resolutividade das necessidades dos cidadãos.

Almeida (1997) ao retratar a organização tecnológica do trabalho da enfermagem em três Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto, observou que o atendimento se baseia quase que exclusivamente na consulta médica, ficando o trabalho da enfermagem como auxiliar das atividades sem articulação, levando a uma execução dicotomizada, com um grande número de demanda reprimida, comunicação confusa, monossilábica e meramente informativa e um nível de tensão e insatisfação considerável.

Ramos (2001), ao caracterizar como vem se dando o acesso e acolhimento dos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, verificou que existem dificuldades de acesso aos serviços de saúde como as consultas médicas, e que as condições de espera dos usuários, durante a madrugada, para se alcançar uma consulta é desumanizante. Apontou ainda a necessidade de se rever o trabalho da

enfermagem no que tange a triagem e a consulta da mesma, repensando a forma como se dá a recepção, com falta de interesse pelo usuário, e até mesmo, certa rispidez no tratamento.

Degani (2002) procurou conhecer a opinião dos usuários sobre a resolatividade de seus problemas de saúde em uma unidade básica de saúde comunitária. Verificou que a resolatividade dos problemas do usuário é dificultada por fatores como: a espera para a integralização e qualidade do atendimento, falta de recursos humanos e materiais, a falta de acesso e vínculo aos serviços básicos de saúde, a falta de agilidade para a complementariedade do atendimento, a desarticulação entre os níveis do sistema para encaminhamentos e a insuficiência de acolhimento e apoio à atenção continuada.

Schmith (2002) analisou o trabalho de uma equipe de Saúde da Família, no que se refere ao acolhimento dos usuários e à produção de vínculo. Observou que a forma de organização do processo de trabalho, centrada no médico, favorece a falta de acesso da população ao atendimento. O acesso é garantido através de filas para marcação de consultas em horários desumanos. Os pacientes são vistos ora como sujeito ora como objeto e, os princípios, diretrizes e a composição do SUS não são compreendidos e tampouco defendidos por toda a equipe de saúde. Tal fato, dificulta a implementação deste sistema possibilitando o descumprimento de alguns de seus princípios.

A constituição brasileira designa, teoricamente, todo usuário do SUS cidadão brasileiro, embora esse direito não seja alcançado pela maioria da população. Documento elaborado pela representação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde indica os fatores que dificultam a implementação do SUS:

insuficiência de financiamento, problemas com os recursos humanos, com o

sistema de informações, com o sistema de referência e de contra-referência, a não sistematização e avaliação da qualidade dos serviços prestados. A ausência do serviço demandado na rede, a falta de pessoal para atender e a falta de recursos materiais, até mesmo espaço físico, a falta de recursos financeiros para possibilitar um atendimento com dignidade enquanto cidadão, comprometem a acessibilidade e a humanização do atendimento à saúde (BRASIL, 1999, p.5).

O relatório da 11^a Conferencia Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000 em Brasília, cujo tema foi “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”, indicou que o SUS ainda não foi totalmente efetivado, sendo um desafio e uma forma de concretização do SUS torná-lo conhecido da população, dos profissionais de saúde e dos poderes constituídos (BRASIL, 2000).

2.3 DIREITOS DO USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária no Brasil é fruto de uma profunda crise política, econômica e social. A conjuntura pós-1974, caracterizada pelo fim do “milagre econômico”, deu início às críticas do modelo de saúde vigente, pois o direito à saúde era conferido apenas àqueles que contribuía com a Previdência Social, deixando uma parcela grande da população à margem do sistema. Frente às inadequações dos serviços de saúde às demandas sociais crescentes, houve uma mobilização da sociedade civil e do meio acadêmico para a construção de uma nova possibilidade: o SUS.

Em setembro de 1978, o mundo voltou sua atenção para a saúde, quando foi

realizada a 1ª Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde – APS, realizada em Alma-Ata, na Rússia, patrocinada pela OMS, que enfatizou como meta mundial: “Saúde para todos no ano 2000”. A conquista desta meta recaiu, principalmente, nos governos, através da democratização dos serviços de saúde e da centralização dos cuidados primários da mesma (MORETTO, 2001).

A década seguinte é marcada por uma grande crise econômica e a redemocratização do país. Neste contexto, o movimento da Reforma Sanitária no Brasil se fortalece na luta contra o projeto hegemônico vigente, o modelo médico-assistencial privatista. Essa construção tem um importante acontecimento: a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, que propõe em seu relatório a incorporação política e ideológica da Reforma Sanitária Brasileira (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Em 5 de novembro de 1988, a Constituição Federal do Brasil em sua redação, resgata as propostas da VIII Conferência Nacional da Saúde criando o SUS, e promulga a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, sendo o SUS regulamentado mais tarde com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e com a Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990, que tratam dos princípios da descentralização das ações de saúde, universalização do atendimento, resolutividade e participação da comunidade (BRASIL, 1990a e 1990b).

Os princípios do SUS, aqui entendidos enquanto direitos de todos constitucionalmente garantidos, para que sejam implementados, necessitam ser divulgados de modo a torná-los conhecidos da população e dos profissionais de saúde.

Os princípios/direitos percebidos como norteadores para o alcance da verdadeira cidadania e de uma assistência de qualidade são, de acordo com a Lei

8.080, capítulo II, art. 7º , os que seguem transcritos:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; e
- capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a, p.57).

A universalidade consiste em “garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços”, vinculados à atenção básica em saúde (BRASIL, 2001, p.1), através do setor público, sem estabelecer condições ou formas de pagamento, ou seja , é gratuito no momento da realização da assistência à saúde, mas é fruto do pagamento de tributos pelo cidadão.

As dificuldades encontradas pelo usuário no acesso ao atendimento que busca para tratar seus problemas de saúde, além de retardarem o seu processo de recuperação, contribuem também por vezes para impossibilitar a obtenção da recuperação prevista. Nada disso aconteceria se os problemas fossem tratados em tempo viável.

Para que o acesso à saúde constitua um passo a mais para a cidadania, outra face da questão precisa ser criticamente refletida: o profissional de saúde precisa “abrir-se” para que o acesso profissional-assistencial aconteça. A aplicabilidade e a dedicação do tempo profissional que o Estado proporciona ao profissional de saúde devem transformar-se em um real encontro interativo, terapêutico e resolutivo.

As ações de saúde terão uma integralidade, primeiramente, onde o cidadão será visto em sua totalidade, como pessoa ou grupo, não em partes isoladas, não dissociado por doenças e aparelhos, e inserido em diferentes condições de vida e de trabalho. Outra compreensão é a da integralidade onde se garantem as várias abordagens de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. As abordagens assistenciais integrais deixam de ter a contradição interna da dicotomia.

A autonomia dos usuários refere-se ao direito de decidir por si próprio em relação ao seu corpo, ao seu cuidado, tratamento e como sujeito de pesquisa e de ensino. A partir daí, passa a receber respeito por sua condição de pessoa que não apenas sofre a ação, mas faz parte da tomada de decisão e exerce eficientemente sua cidadania.

A todos é dado esse direito, independentemente de poder aquisitivo, raça, cor ou credo. Os recursos de saúde devem ser distribuídos com as mesmas oportunidades, de acordo com as necessidades de cada usuário e respeitando suas diferenças, de modo a reduzir as desigualdades.

Os profissionais de saúde devem fornecer adequadamente informações e esclarecimento, de forma a facilitar a compreensão da pessoa a respeito do seu estado, permitindo que ela assimile, entenda e compreenda o conteúdo do que lhe está sendo revelado. O usuário tem o direito, enquanto pessoa e sujeito, de saber a verdade sobre si mesmo, ele é o "árbitro" de sua vida capaz de agir como sujeito do seu próprio destino. E assim como tem o direito de receber informações sobre a sua pessoa, tem também o de receber informações sobre todo o potencial de atendimento dos serviços de saúde.

Canabarro (2003, p.89) constatou, em estudo realizado com familiares de crianças que sofreram traumatismos em domicílio, que o nível de vulnerabilidade

institucional programática estava presente em muitas ocorrências. De 118 famílias estudadas, apenas uma não freqüentava serviços de saúde e 18 referiram ter recebido no serviço de saúde orientações preventivas sobre essa morbidade em seus filhos de zero a seis anos. Contestando a omissão educativa ocorrida nas atividades assistenciais, os familiares cobraram dos profissionais de saúde ações educativas para torná-los autônomos: *“Os pais não sabem, alguém precisa ajudar a gente. Os profissionais, eu acho, têm que ser mais rápido, têm que saber orientar. A própria saúde tem que ter agilidade, ...”*.

Além disso, o usuário também tem o direito de resolutividade de seus problemas em todos os níveis de atendimento. A ele devem-se disponibilizar toda a tecnologia e assistência necessárias para o diagnóstico e tratamento adequado. A intervenção efetiva em saúde necessita de uma abordagem integral dos problemas.

De acordo com Gauderer (1998), o conhecimento dos direitos dos usuários é essencial para o desenvolvimento de uma consciência democrática, responsável, reflexiva do cidadão, tanto no papel de paciente quanto no de profissional da saúde.

Segundo Lunardi (1997, p.159), a enfermagem muitas vezes perde-se no modo “histórico, tradicional, reprodutivo e mecânico de agir”, sem alcançar os fins que diz pretender: “assistência ao usuário como pessoa, o que deveria significar ter atitudes e ações de respeito, de diálogo, reconhecendo sua capacidade de pensar, o seu direito a ser esclarecido acerca dos seus direitos”. Como pertencente à equipe de saúde, a enfermagem deveria, segundo os princípios do SUS e da própria profissão, prestar uma assistência que preservasse os direitos dos usuários.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo apresenta como referencial metodológico a pesquisa qualitativa, tendo em vista que esta escolha deve estar baseada na natureza do problema a ser estudado bem como na realidade da pesquisa. O fenômeno com o qual trabalhei abrangeu dados subjetivos e, de acordo com Minayo, a pesquisa qualitativa (1994, p.21-22) “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, (...) aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”. Através da pesquisa qualitativa, pude entender o problema em estudo, no meio em que ele ocorria com suas peculiaridades, interpretando os fenômenos e atribuindo-lhes significados.

Trata-se de um estudo de caso, que segundo Triviños (1995, p.134) se destina a analisar profundamente uma determinada realidade e exige do pesquisador maior “objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias”. Lüdke e André (1986, p.17) ressaltam que este tipo de estudo se aplica quando queremos estudar algo que tenha um valor em si mesmo, particular, “mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações”.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro de Saúde, localizado na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. Para descrever sua organização, utilizei documentos internos da unidade e o Regimento Interno do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde. Sua inauguração ocorreu na década de 70, e hoje é uma das maiores Unidades Ambulatoriais do município, sendo considerado posto de referência municipal e estadual.

Este Centro de Saúde realiza em torno de 35.000 procedimentos ao mês, e oferece à população serviços de Pronto Atendimento Pediátrico e Adulto, Unidade Básica de Saúde, Policlínica de Especialidades e Serviço de Farmácia. Por estar inserido no sistema de referência e contra-referência, recebe pacientes de todo o Estado.

A equipe interdisciplinar do centro de saúde incluem Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem, Médico, Assistente Social, Dentista, Farmacêutico, Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e pessoal administrativo. Todos os serviços disponíveis estão divididos em áreas ou setores de atendimento, sendo local específico deste estudo o Serviço de Curativos da Unidade de Especialidades, o qual não trabalha com área de atuação fechada, ou seja, atende demanda espontânea, prestando assistência, dessa forma a usuários de toda cidade e da região metropolitana de Porto Alegre.

Atualmente a equipe do Serviço de Curativos é composta por médico vascular, enfermeira técnico e auxiliares de enfermagem. As consultas com o médico vascular são por meio de agendamento. Os demais atendimentos são realizados pela equipe de enfermagem por ordem de chegada, não necessitando de agendamento ou retirada de ficha, e todos os usuários que recorrem ao serviço são atendidos.

Nesse setor há predominância de pacientes idosos e adultos acima de 30 anos. A maior parte dos atendimentos é para usuários portadores de úlceras de membros inferiores para o qual foi desenvolvido um Programa de Atendimento específico.

A área física foi reformada recentemente e conta com cinco salas assim distribuídas: uma sala de espera, duas salas para atendimento, uma sala para reuniões e outra que funciona como refeitório e guarda volumes dos funcionários.

As salas de atendimento contam cada uma com três boxes, fechados por cortina, para a realização de curativos e uma delas ainda apresenta um espaço fechado para atendimentos que necessitem de maior privacidade.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Selecionei como sujeitos da pesquisa profissionais da equipe de enfermagem - uma enfermeira, um técnico e quatro auxiliares de enfermagem, atuantes na Unidade de Especialidades do setor de curativos. O tempo de atuação destes funcionários em Saúde Coletiva variam de dois a 17 anos, e no setor de curativos de cinco meses a quatro anos.

A enfermeira atua nos seguintes turnos: segunda-feira pela tarde e de terça-feira a sexta-feira no turno da manhã. O técnico atua pela manhã e os auxiliares estão distribuídos em dois em cada turno.

A distribuição dos funcionários se estabeleceu desta forma por dois fatores: a maior parte dos atendimentos é no turno da manhã e pelo atendimento do médico

vascular, segunda-feira à tarde e terça-feira, quinta-feira e sexta-feira pela manhã. A escolha desse setor ocorreu intencionalmente, pois necessitávamos de um cenário de grande atuação da enfermagem.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através de duas técnicas distintas: observações e entrevista.

Primeiramente foram realizadas observações da relação estabelecida entre os profissionais da equipe de enfermagem no decorrer da assistência, com ênfase nos direitos descritos na legislação do SUS. Para Minayo (1994, p.60), a observação pode captar uma variedade de fenômenos que não poderiam ser obtidos unicamente por entrevistas, uma vez que “observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

As observações contribuíram para o conhecimento do contexto do campo de estudo, para embasar a realização da entrevista e para atender ao segundo objetivo específico.

Segundo Gil (1991), tratou-se de uma observação simples não participante, onde o observador é um espectador, caracterizada como uma reportagem e realizada de maneira espontânea, informal e não planejada. O registro das observações foi feito através de anotações no diário de campo. De forma a não constranger os observados, os registros foram feitos através de palavras chave no momento da ocorrência do fenômeno e posteriormente à observação em local apropriado onde, foram registradas todas as situações percebidas detalhadamente.

As observações foram realizadas em momentos distintos abarcando ambos os turnos, manhã e tarde e todos os dias da semana. O período de observação foi de 4 a 29 de agosto de 2003. A média de duração de cada observação foi de 4 horas totalizando aproximadamente 60 horas.

Para a realização das observações solicitei autorização dos profissionais (Apêndice A), tendo todos concordado em participar da pesquisa. Antes de se iniciar cada observação era apresentada para os usuários expondo o propósito de minha presença ali e solicitando sua autorização oralmente para participação, não ocorrendo nenhuma negativa.

No segundo momento, realizei entrevistas individuais semi-estruturadas com cada profissional da equipe de enfermagem, que segundo Minayo (1994), possibilitam apreender representações de determinados grupos em condições específicas. Pode-se defini-la como aquela onde existe um roteiro de entrevista (Apêndice B) com pergunta(s) aberta(s) que podem ser respondidas dentro de uma conversação informal, apresentadas com a finalidade de aproximar o entrevistado da problemática em questão. O entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto sem respostas ou condições pré-fixadas rigidamente pelo pesquisador.

De acordo com Triviños (1995), a entrevista semi-estruturada é aquela que oferece amplo campo de interrogativas à medida que o entrevistado fornece suas respostas e, deste modo, obtém resultados mais aproximados da verdade. Os discursos dos diferentes sujeitos foram, com suas autorizações, colhidos utilizando-se gravação em fita magnética. A fala dos diversos sujeitos, após colhidas, foram transcritas de forma a reconstruir a integralidade dos depoimentos.

As entrevistas feitas com os participantes do estudo, abordaram as seguintes questões:

- Como a equipe de enfermagem que está inserida nas unidades de saúde percebe os direitos dos usuários do SUS?
- Como esta equipe de enfermagem age em relação aos direitos destes usuários do SUS?
- E, partindo de suas próprias vivências, que estratégias poderão ser criadas para preservar os direitos dos usuários do SUS na prática assistencial?

As entrevistas foram realizadas nos turnos de trabalho de cada profissional. O período de entrevista foi de 5 a 20 de setembro de 2003. As entrevistas tiveram uma variação de 30 minutos a 1 hora e 30 minutos.

Primeiramente foi realizado um agendamento do dia para a realização da entrevista. Após o agendamento, aguardava-se um momento em que o atendimento diminuísse para realizar a entrevista. Em um dos dias agendados em decorrência do grande número de atendimentos não foi possível realizar nenhuma entrevista tendo que agendar novo dia para a mesma.

De forma a estabelecer um clima de empatia, as entrevistas eram realizadas em local privativo, de modo que o entrevistado pudesse falar livremente a respeito dos temas. As entrevistas foram realizadas em uma sala do setor de especialidades médicas que estava vazia no momento.

As entrevistas foram gravadas, tendo apenas um dos funcionários oposto-se à gravação sendo seus depoimentos durante a entrevista, anotados por mim. Antes da realização da entrevista seguinte era feita uma escuta atenta da entrevista realizada, para compreensão e possíveis correções para as demais.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados desta pesquisa, foi embasada em Bardin (1979) na qual procura-se encontrar padrões ou regularidades nos dados e, posteriormente, alocá-los dentro desses padrões através do exame de porções do texto inter-relacionados, com a revisão da literatura abordada na mesma.

Bardin (1979, p.38) afirma que a análise de conteúdo procura ir além das aparências, podendo ser considerada “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, porém não se restringe apenas a isso, ela visa a inferência ou dedução lógica de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção das mensagens.

A autora assinala três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo, intitulada de “análise temática”.

A primeira se refere à pré-análise que consiste na organização do material coletado para a análise, ou seja, transcrição das fitas da entrevista semi-estruturada e organização dos diários das observações, trata-se da constituição do corpus (campo de atenção) que são os documentos representativos e pertinentes a pesquisa.

Após, realiza-se a exploração do material que começa na pré-análise, e destina-se a submeter o corpus a um estudo aprofundado, realizando uma leitura exaustiva do material organizado. Nesta fase, também é feita a decomposição do material coletado em unidades de significado e a posterior agregação destas unidades em temas e/ou categorias que irão emergir do conteúdo dos dados coletados.

Ao final, é feita a interpretação inferencial apoiada nos materiais de informação com uma análise mais intensa, que tenta desvendar o conteúdo latente. Após a descrição dos núcleos de significado identificados e categorizados durante a exploração do material, passar-se-á a interpretação e discussão dos resultados da pesquisa de acordo com o referencial teórico adotado.

A análise de dados seguiu todas as etapas referidas anteriormente, sendo a seguir discriminados:

- Os discursos, depois de colhidos, foram transcritos e digitados, sendo realizada uma organização de todo o material. Todas as entrevistas foram identificadas numericamente de 1 a 6 e receberam a letra “S” para identificar as falas dos sujeitos. Os registros das observações receberam a identificação pela abreviatura “OBS” e numeração de 1 a 12 de acordo com ordem em que foram realizadas.
- Seguiu-se várias leituras e um estudo aprofundado orientado pelo objetivo e referencial teóricos. Aos poucos, foram destacados elementos significativos, os quais assinalados e posteriormente agrupados por similaridade sendo então, classificados e categorizados dando origem aos sub-temas e as categorias finais ou temas propriamente ditos.
- E finalmente todos os dados foram submetidos a uma análise profunda com interpretação dos resultados onde foram considerados o embasamento teórico e os objetivos da pesquisa.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética tem sido um ponto relevante na realização de qualquer pesquisa, de modo a respeitar e preservar o indivíduo em todas as etapas do estudo. Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada através de entrevistas e observação e durante a coleta destes dados, supõe-se a invasão da vida privada de alguém. Em vista, disto precisou-se da permissão das pessoas envolvidas bem como garantir o anonimato dos participantes.

Assim, de acordo com a resolução 196/96 (BRASIL, 1996), solicitou-se aos informantes desta pesquisa que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Informado conforme Clotet, Goldim e Francisconi (2000), com autorização para a observação de sua atuação no local de trabalho, gravação dos encontros das entrevistas e publicação das informações (Apêndice A). Este Termo foi assinado em duas vias, permanecendo uma com o sujeito da pesquisa e outra com o pesquisador.

Foi encaminhado, também, um ofício para a Coordenação do Serviço de Enfermagem do Centro de Saúde, solicitando a autorização da participação da equipe de enfermagem na pesquisa e da realização das observações na instituição (Apêndice C). Neste ofício, respeitando a autonomia do trabalhador em saúde, pediu-se que a enfermeira coordenadora do Serviço de Enfermagem consultasse-os previamente sobre o seu interesse em participar e que posteriormente, na operacionalização da pesquisa seria confirmado, através do Termo de Consentimento Livre e Informado que assinaram.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Prefeitura de Porto Alegre para sua avaliação (Apêndice D) e, somente após aprovação, foi encaminhado o ofício anteriormente citado (Apêndice C) e iniciou-se a coleta de dados.

A confidencialidade é uma questão importante e o anonimato dos pesquisados deve ser garantido, conforme a Resolução 196/96. Os sujeitos desta pesquisa foram identificados pela letra "S" referente a Sujeito, juntamente com um número que correspondeu à ordem de realização das entrevistas. Os dados que poderiam vir a identificar claramente os sujeitos foram omitidos.

As entrevistas e os diários das observações, serão guardados por um período de cinco anos sendo após as fitas desgravadas e o material impresso destruído.

4 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os temas que emergiram da análise, cuja discussão teórica versou sobre a problemática investigada, foram: os direitos do cidadão usuários SUS percebidos pela equipe de enfermagem, a implementação dos direitos do cidadão usuário SUS na prática assistencial e alvires para a preservação dos direitos do cidadão usuário SUS.

Temas	Sub-temas
Os direitos do cidadão usuário SUS percebidos pela equipe de enfermagem	▪ Direito a universalidade de acesso
	▪ Direito a integralidade da assistência
	▪ Direito a preservação da autonomia das pessoas
	▪ Direito a igualdade da assistência à saúde
	▪ Direito a informação
A implementação dos direitos do cidadão usuário SUS na prática assistencial	▪ Direito a resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos
	▪ Aspectos convergentes aos direitos dos usuários
	▪ Aspectos adversos aos direitos dos usuários
Alvires para a preservação dos direitos do cidadão usuário SUS	▪ Dificuldades para efetivar os direitos na prática
	▪ O contexto atual de preservação dos direitos do usuário
	▪ Contribuições idealizadas à preservação dos direitos do usuário

4.1 TEMA UM: OS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS PERCEBIDOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A atenção à saúde tem sido marcada por grandes mudanças nas últimas décadas no Brasil. Todo este processo, desenvolvido teve início com o movimento pela Reforma Sanitária brasileira, que apontou para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde.

Este sistema está amparado na Constituição Federal de 1988 e na legislação posterior, estando legitimados em ambas os direitos dos cidadãos no âmbito da saúde. Dentre os direitos contemplados na Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 estão a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde, direito à informação e resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos (BRASIL, 1990a).

Analisando as informações dos sujeitos da pesquisa sobre o conhecimento dos direitos do cidadão usuário SUS, evidenciou-se muitos dos direitos expressos na lei o que demonstra que tais profissionais possuem um relativo conhecimento da legislação pertinente.

4.1.1 Direito a universalidade de acesso

Um dos primeiro direitos citados pelos profissionais foi referente ao acesso dos usuários aos serviços de saúde, sendo este direito explanado sob diferentes ângulos.

Uma das vertentes relativas ao direito de acesso foi o do acesso gratuito, como citado por S2 *“eles (usuários) têm o direito a receber um atendimento gratuito.”* Um dos grandes avanços do SUS foi a maneira como o acesso à saúde passou a ser interpretado, como um direito inerente a qualquer pessoa, fruto do exercício de sua própria cidadania.

O acesso à saúde no Brasil sempre apresentou problemas por sua falta de organização e baixos incentivos financeiros governamentais. A área da saúde só passou a apresentar ministério próprio em 1930 com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública o que não propiciou um melhor atendimento das necessidades da população. Em 1961 a participação do Ministério da Saúde no orçamento da união era de 4,57% ao ano (BUSS et al., 1976) sendo reduzido ano a ano chegando a 0,94% em 1974 (CAMPOS et al., 1989).

Com a falta de dotação orçamentária, que levava a falhas na prestação do serviço de saúde disponibilizado pelo Estado, surgiram as caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, que sob tutela do Estado, visavam garantir a assistência médica a uma grande parcela da população que pagava para tal. Tal cenário não mudou muito até meados da década de 80, onde o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) ficou responsável por coordenar os serviços de saúde destinado às famílias dos trabalhadores mediante o desconto de 8% do salário mensal (BERTOLLI FILHO, 2003).

Desta forma, o acesso aos serviços de saúde só estava garantido e era limitado às pessoas que contribuía para o Sistema de Previdência a Assistência

social. Essas pessoas eram denominadas “beneficiários” ou “segurados”. Os desempregados, trabalhadores sem registro em carteira, indigentes, doentes mentais ou inválidos que não fossem dependentes de algum segurado não tinham acesso aos serviços públicos de saúde (CARVALHO e SANTOS, 1995). A eles ficavam destinados o atendimento prestado por instituições de caridade.

Hoje, o atual Sistema de Saúde garante como direito a todo cidadão o acesso independentemente de qualquer contribuição ou pagamentos, sendo gratuito no momento da realização da assistência à saúde. Entretanto, a população paga indiretamente para que esta assistência seja realizada uma vez que a dotação orçamentária destinada à saúde é fruto do pagamento de tributos pelo cidadão.

Dessa forma, o acesso à saúde não é mais concedido por algum tipo de sentimento como de compaixão e solidariedade, e sim, um direito universal de acesso gratuito, não consistindo em favor ou caridade do profissional de saúde.

Segundo Adami (1993) e Unglert (1995) o acesso aos serviços de saúde pode ser classificado em acesso geográfico, acesso cultural, acesso econômico e acesso funcional.

O acesso geográfico está relacionado a elementos como a forma e tempo de deslocamento do usuário até o serviço, a distância entre a sua casa e a instituição, barreiras a serem transpostas para se chegar ao serviço e tempo de permanência fora do trabalho.

O acesso cultural envolve aspectos referentes a inserção dos serviços de saúde nos hábitos e costumes da população. Neste tipo de acesso estão inseridas as preferências da população em recorrer a postos do centro da cidade ou a serviços de emergência como sendo culturalmente os mais eficientes em relação

aos postos dos bairros, ou em localidades onde existe a forte presença de curandeiros e o acesso as instituições de saúde é rechaçado.

O acesso econômico abrange as facilidades e dificuldades do usuário na obtenção do atendimento requerido. Como mencionado anteriormente, em decorrência do baixo investimento financeiro destinado a saúde a totalidade dos serviços da mesma não está disponível a todos os cidadãos. Dentre os aspectos econômicos relacionados a esse acesso estão os custos com deslocamento, procedimentos, medicamentos e a própria condição social do usuário.

O acesso funcional corresponde a elementos ligados aos tipos de serviços oferecidos aos usuários, como ações de promoção e proteção, especialidades, exames de diagnóstico, tratamento e reabilitação disponibilizados, formas de organização da instituição, horário previstos de funcionamento, agendamentos para atendimento e qualidade de atendimento prestado.

O acesso da população à saúde se dá dessa forma também, pela garantia da oferta de serviços, ou seja, o acesso funcional, o direito a disponibilidade de recursos humanos e o acesso econômico referente a oferta de recursos materiais disponíveis pelo sistema.

Um profissional entrevistado declarou que o usuário tem o direito a receber atendimento por profissionais de diversas áreas; *“eles (usuários) têm direito a dentista, assistência social. Na parte da ginecologia eles têm palestras e recebem preservativos S1.”* A acessibilidade seria a capacidade de obtenção, pelo usuário, de cuidados de saúde de acordo com a sua necessidade (ACURCIO e GUIMARÃES, 1996).

O outro direito é o de acesso a recursos materiais. Santos (1995) ressalta a importância dada à obtenção de medicamentos pelos usuários nos serviços

públicos, em vista da dificuldade de comprá-los. Os profissionais citam este direito, observando que este é um dos mais realizados em vista da predominância da clientela de baixa renda que é atendida no serviço

Tem também a medicação pela farmácia. No curativo nós cedemos algumas gazes quando eles (usuários) precisam. Olha eu não sei, mas o que a gente mais dá é o material. S1

A medicação (...) no interior tem mais dificuldade para conseguir o material para fazer isso aí (curativo), porque eu acho que, como eles conseguem a distância que fica da casa deles ou do sítio até o lugar (onde se consegue o material), com quem eles moram, quem leva eles, eles vão a pé como eles fazem, a gente fornecer daí quando não tem condições a gente fornece todo o material para esses dias (fins de semana e feriados). S3

Que a gente possa fornecer o melhor curativo e que essa pessoa possa ter acesso ao que a gente tenha de melhor para aquele problema. S6

Conforme Mendes (2001) no Brasil, em 1998, 16% da população informou que já havia tido plano ou seguro saúde, dentre estes 48% referiram que a causa do abandono foi a perda do emprego. Apenas 15% dos brasileiros são não-usuários do SUS. A população brasileira está empobrecendo, o índice de desemprego aumenta drasticamente, o que significa uma queda do poder aquisitivo, os usuários não estão mais podendo adquirir ou manter os planos de saúde, além do reajuste de salário não acompanhar a elevação dos preços dos medicamentos.

Muitos dos usuários do serviço de curativos, incluindo aqueles que têm disponibilidade de outros serviços particulares ou convênios, recorrem a esse pois o mesmo disponibiliza um bom atendimento, com acesso a profissionais qualificados, a curativos de qualidade, além de ser fornecido material para ser levado para casa, quando disponível no serviço.

A par dessas justificativas para a procura, os sujeitos referiram que alguns usuários alegam não ter outra alternativa, pois seus planos de saúde não cobrem tais gastos, que os custos com outras medicações impossibilitam a procura por um

serviço particular e que, por não estar inserido formalmente no mercado de trabalho e pelo baixo poder aquisitivo, não têm acesso a outro tipo de atendimento a não ser o disponibilizado pelo SUS.

Outro aspecto enfatizado pelos sujeitos que se relaciona com o acesso universal é o direito de ser bem acolhido. Carvalho e Campos (2000) afirmam que acolhimento é um arranjo tecnológico que visa garantir o acesso aos serviços de saúde pelos cidadãos. Para tanto, compete aos profissionais escutar os usuários, resolver os problemas e/ou referenciá-los se necessário.

Merhy (1997) afirma que a relação humanizada da assistência que promove a acolhida, é direito de todos os usuários e cidadãos. Dois profissionais relatam o acolhimento como um dos direitos que deve ser respeitado e que contribui para uma prática humanizadora

Direito que ele (usuário) teria, bom ele tem o direito de ser bem acolhido, em primeiro lugar de ser bem acolhido. Acho que o acolhimento é o principal, tudo começa por aí. Não pode ser uma coisa mecânica. Então acho que o acolhimento abrange tudo isso, e torna o atendimento humanizado. S4

Outra questão eu acho que é a universalidade, o acolhimento. Que seria todo paciente que chegasse aqui no curativo, a princípio a gente faz, ou vai ouvir a história vai ver o que é possível fazer por ele. Sempre tem alguma coisa que se pode fazer, uma orientação, ou indicar onde é. Eu acho que passa por essa questão do acolhimento e da responsabilização. S6

Silva Júnior (1998, p.105) afirma que o acolhimento “significa desenvolver na equipe a capacidade de solidarizar-se com as demandas do usuário, criando uma relação humanizada”. Estabelecendo assim, uma referência para os usuários que precisam de cuidados.

Para Merhy (1994) o acolhimento não é passível de escassez uma vez que não depende de recursos financeiros, trata-se de uma tecnologia das relações humanas, dependendo somente do modo de produção do trabalho dos próprios

profissionais. Levando-se em conta que o acolhimento é uma tecnologia das relações humanas entende-se que este conceito deva ser introduzido na formação dos profissionais, pois isto facilitaria todas relações que se estabelecem durante a sua vida profissional.

Desta maneira o acolhimento deve ser entendido como uma forma de inclusão social favorecendo a construção da cidadania. Para Bueno e Merhy (1997), o acolhimento deve compor uma nova ética, da variedade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania.

Os profissionais reconhecem que o acolhimento, quando realizado, é reconhecido pelos usuários como um diferencial do serviço

É importante e eu acho que é muito bem feito aqui porque eles(usuários) falam, eles relatam que, em relação a outros lugares e parece que aqui é um lugar diferenciado, eles se sentem acolhidos e se sentem muito bem. S4

Campos (1997) avalia a acolhida como a abertura dos serviços para a população de uma região, assim como a responsabilidade dos profissionais pela resolução de todos os problemas de saúde. Concordando com o que foi mencionado, Ramos (2001) constata que, ao sentir-se acolhido, os usuários procuram espontaneamente o serviço além dos seus limites geográficos por mostrar-se como um serviço receptivo e resolutivo.

Schimith, (2002, p. 59) afirma que o acolhimento deveria ser redefinido, “tornando-se sinônimo de acesso, abertura do serviço para a demanda”. Um dos depoimentos de um profissional relata esse fato, mencionando o deslocamento de um usuário de um bairro distante em função do modo diferenciado como ele é atendido, ou seja, do acolhimento. É exposto que o serviço de curativos:

é aberto, a gente procura se o paciente, se para ele é mais fácil, o usuário ele vem e ele mora lá no Partenon como aquele senhor que esta agora aqui, e para ele ir lá num serviço mais próximo tem o mesmo custo a gente coloca, deixa essa porta aberta. S6

Ressalta-se aqui uma estreita relação entre acesso geográfico, relacionado a distância entre a residência do usuário e o serviço, e acesso funcional, relacionado a qualidade do serviço prestado na instituição. Embora exista facilidade quanto a disponibilidade do serviço de saúde próximo à casa do cidadão, esse, por se sentir bem acolhido pelos profissionais do setor de curativos, prefere se deslocar a um lugar mais distante.

Ramos (2001), afirma que o acolhimento é fator preponderante sobre os demais para determinar a escolha do serviço. Leite, Maia e Sena (1999) confirmam tal situação expondo que a questão do acesso ultrapassa a presença física do recurso, dependendo muito mais das características do serviço.

4.1.2 Direito a integralidade da assistência

A integralidade na assistência também é vista como um direito dos usuários do serviço. Esta integralidade é compreendida como ações de saúde que atendam o indivíduo em sua totalidade não em partes isoladas, não dissociado por doenças e aparelhos, mas sim, inserido em diferentes condições de vida e de trabalho. Segundo Moretto (2001) refere-se ao direito à saúde e à própria cidadania.

Conforme Degani (2002) a integralidade é um dos mais importantes princípios para o atendimento em saúde, porque através dela pode-se assegurar aos cidadãos o direito à atenção à saúde, com a compreensão dos cidadãos em sua totalidade.

Um profissional expôs este direito referindo-se a importância de ver o usuário como uma pessoa e não como uma úlcera. É um cidadão que possui uma lesão e necessita de uma assistência

Bom, eu acho que um dos direitos é a questão de ter atendimento integral. Que tanto do ponto de vista de que esta pessoa quando chega ao atendimento seja vista como um todo como uma pessoa e não só como uma lesão, que eu acho que esse princípio é o que mais a gente, é difícil, mas eu acho que é o que a gente tenta, todos, que quando este usuário chega ele seja visto como uma pessoa, que esta com um problema, e que aquela lesão, no caso, faz parte de seu cotidiano. S6

Cabe ao profissional da enfermagem colocar o paciente, e não a técnica, a patologia, no centro da prática (LOPES, 1985). É muito importante reverter uma séria realidade na qual passamos a tratar de doenças de pessoas e não mais de pessoas que estão doentes.

Para Selli (1998, p.109) o exercício da profissão não se deve limitar ao fazer-científico à doença, ou seja, restringir-se ao mundo biofisiológico, mas deve abranger o doente como sujeito e como ser humano. Dessa forma, a “mola mestra” das atividades do profissional de saúde é o de ver o ser humano, detentor do direito de ser respeitado como ser único.

Os profissionais do setor de curativo claramente apresentam um distanciamento com o modelo assistencial médico-privatista, sendo esse o modelo hegemônico no Brasil, que considera como foco da atenção a doença, a patologia. A partir da implantação do SUS propôs-se a construção e utilização de “novos modelos alternativos” de atenção, voltados para o atendimento do usuário e não de uma parte de seu corpo.

Fortes, citando Immanuel Kant, lembra que o respeito à pessoa é um dos principais valores de nossa sociedade, fundamentando-se no princípio de que cada

pessoa “deve ser vista com um fim em si mesma e não somente como um meio” (1998, p.13). Esse direito fica evidenciado na fala dos profissionais

Acho assim, a gente sempre tenta respeitar a pessoa em primeiro lugar, acho que aqui no serviço a gente tem, acho que atualmente, nós temos uma equipe boa. S6

Tem o direito a ser respeitado, a gente tenta, alguns vem meio preocupados, a gente tenta desvirtua-los no nosso atendimento, a gente tem que tentar desviar uma possível discussão ou desentendimento. S2

Em primeiro lugar tem que considerar muito o paciente eles não tem culpa da falta de recursos, de material, como agora das botinhas (Bota de Unna), tem que dar muito carinho, aqui todo mundo trabalha com muito amor e carinho. Eles tem o direito de ser bem atendido de forma especial como ele merece, de ser respeitado. S5

A partir do momento em que o indivíduo adoece uma série de sentimentos e angústias passam a ser vivenciadas. Isto pode desencadear diferentes reações nos usuários, devido ao rompimento das atividades cotidianas e ao contato com pessoas estranhas (equipe de saúde), o receio de ser rejeitado pela sociedade, as possíveis limitações, o sofrimento imposto pelo seu estado patológico, o temor de sentir dor, de ser manuseado, tratado impessoalmente, de dar trabalho às pessoas, da dependência física e da morte. Com isso, o usuário pode manifestar comportamentos variáveis resultantes da sua própria percepção e da capacidade de adaptação a esse novo meio.

O segundo depoimento mostra esse contexto e relata a preocupação do profissional de evitar desentendimentos, respeitando e reconhecendo que os usuários por sua situação fragilizada podem apresentar um estado emocional alterado mas que o profissional deve respeitá-lo e procurar contornar tais situações.

A doença é a experiência da fragilidade, "... constitui, via de regra, uma ruptura na anormalidade do organismo, interfere negativamente na auto-estima,

leva-o [paciente] a privar-se de suas atividades normais (...) esse conjunto de fatos produz um estado de fragilidade e abatimento..." (RODRIGUES, 1997, p.51).

Na última fala aparece o respeito as pessoas e a necessidade de demonstrar sentimentos como de amor e carinho que denotam o respeito ao usuário. Waldow (1998) em sua pesquisa sobre o resgate necessário ao cuidado humano relata que os pacientes valorizam as dimensões existenciais no processo de ser cuidado e citam o amor, atenção, carinho como qualidades do profissional cuidador. Com achados semelhantes, Silva (2001) afirma em seu estudo que os pacientes atribuem o carinho, atenção, preocupação, considerá-lo "como ser humano" ao cuidado prestado e, acima de tudo, a consideração pela pessoa cuidada.

O respeito aos usuários identificando-o como pessoa e não meramente como objeto ou uma parte doente acarreta, também, na criação de vínculo entre o profissional e o usuário. Não há possibilidade de haver vínculo a não ser entre dois sujeitos (SCHIMITH, 2002), e quando o usuário é respeitado como pessoa e concebido na condição de sujeito do processo, isto se estabelece como visto a seguir

...como é muito atendimento a idoso, muito mais que pediatria, eles tem um vínculo muito forte a ponto de que quando termina, às vezes, o curativo porque fechou a lesão, ele (usuário) vem mesmo com a lesão fechada, vem e traz coisas, é muita coisa de alimentação porque eles não tem muito recursos, então eles acabam trazendo bolo, bala essas coisas assim, por exemplo isso demonstra essa questão do afeto da reciprocidade. S6

O atendimento no setor de curativos é predominantemente a idosos e adultos acima de 30 anos, principalmente aos idosos estabelecem um forte vínculo com os profissionais. O respeito, reconhecimento como pessoa, nuances básicas para a integralidade da assistência a todos os usuários do serviço de saúde, torna-se propiciador de um vínculo de afetividade entre eles.

Campos (1997) afirma que o profissional que tem como um dos objetivos de sua assistência a criação de vínculo, ou seja, uma ligação mais estável e duradoura com os usuários, possibilita que eles exerçam melhor seus direitos de cidadania.

4.1.3 Direito a preservação da autonomia das pessoas

A relação entre o profissional de saúde e o usuário mudou muito nos últimos anos. A necessidade de estímulo à participação do usuário no seu cuidado está sendo bem enfatizada em nossa sociedade. O usuário passa a ser visto como sujeito participante do seu autocuidado, responsável por si, com capacidade de decidir e de exercer sua liberdade.

A legislação do SUS acompanhou estas mudanças quando incluiu em seus princípios o direito a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1990a). Atualmente o usuário não tem mais o papel de mero coadjuvante mas sim de um dos atores principal da prática assistencial que favorece o exercício de sua cidadania, estimulando a sua participação e o seu auto-cuidado.

A predominância do critério de beneficência nas ações de saúde, deve ser direcionada ao comportamento ético de fazer bem ao paciente, visando a promoção do seu bem estar. Mas "fazer o bem" não deve ser entendido como uma prática paternalista de "fazer por ele, decidir por ele". A despaternalização da assistência é uma das formas de incentivo ao auto-cuidado, em que há o reconhecimento e o

respeito do indivíduo como sujeito autônomo, capaz de decidir, opinar e mobilizar-se para participar, reivindicar pela concretização dos seus direitos (LUNARDI, 1998).

Tem também o direito do paciente de escolher de participar do tratamento. Aquela paciente sabe, eles conseguiram para ela colocar a bota mas ela não quis, então a gente respeita, a gente não coloca, não usa, vamos fazer o curativo simples. O doutor e a enfermagem respeitam o direito de escolher, tem a preferência do paciente. A gente tenta fazer aquilo que ele acha que é certo. S1

... temos que cada vez mais incluir o usuário no tratamento, porque isso significa uma melhor alta, ele se cuida melhor, ele pode saber onde dói ou onde quando a gente esta lavando dói, ai me coça ou perguntar onde coça mais para passar dexametasona, porque não tem porque tu estar passando um corticoide se ele não tem coceira, ou então não tem porque passar de menos se ele tem muita coceira porque na próxima (consulta) ele vai voltar todo cheio de ferida porque eles coçam até dormindo sem se dar conta. S6

Tem uns pacientes que vem aqui e que já sabem tudo que dizem como querem o curativo a gente respeita, tem uns que são exigentes demais para aquele tipo de trabalho ai fica ensinando toda vez que vem mas ele ta passando o jeito que ele faz mas acho que a gente tem que respeitar e fazer do agrado dele. S2

... eu fico sempre procurando, que a pessoa é quem tem que decidir, é ela. S6

A participação do usuário no seu tratamento é essencial, uma vez que o torna parte integrante do processo. Pelo exposto pelos profissionais o respeito e estímulo a autonomia consiste em valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas das pessoas. Demonstrar falta de respeito com um indivíduo é desconsiderar seus julgamentos, negar a ele a liberdade de agir com base em seus julgamentos.

Os profissionais relataram que não só a autonomia no sentido de auto-determinação é respeitada, mas a autonomia no sentido de responsabilidade pelo respeito à pessoa, talvez seja o melhor enfoque para este princípio. Devido as característica das lesões que são de cicatrização longa e de altos índices de recidivas, a grande maioria dos usuários já freqüenta o serviço há muitos meses, alguns até mesmo anos, fatores estes que lhes proporciona experiência quanto a

melhor maneira de realização do curativo. Essa pratica é alegada aos profissionais que respeitam e valorizam suas preferências e participação

A gente aqui faz os curativos, a gente sabe como fazer, mas eu acho importantíssimo quando eles (usuários) dão uns recados, quando eles dizem como tem que ser, se esta apertado, se tem que ser mais para cima ou se esta muito frouxo, se tem que passar um esparadrapo no dedinhos, então é muito importante que o paciente diga, quando eles ajudam a recuperação é bem mais rápida. S5

Quando eu entrei (no setor de curativos), eu não tinha experiência nenhuma em curativo, muitas vezes eles (usuários) é que me ajudavam. Então a gente pergunta o que é que esta usando aqui (lesão), às vezes, a gente até sabe o que faz, mas a gente esta sempre perguntando porque eles tem que saber o que esta acontecendo, quando muda eles tem que saber também, então a participação deles é importante. S4

É fundamental a participação dele (usuário), até a gente aqui esta sempre perguntando o que a senhora usa, o que fez bem, o que não fez, tem que ter a participação. Às vezes eles chegam falando, a fui em tal lugar, ai eu disse para o fulano o que queria e ele disse quem é que esta fazendo o serviço é eu ou é você. Isso ai não é um tratamento correto, a pessoa tem que dizer, tu aprendeu a fazer o curativo mas o paciente sabe o que esta incomodando ele. Não adianta pegar uma atadura e colocar, ele diz assim eu não me sinto bem, há mas vai ficar assim, chega ali na esquina ele vai tirar aquilo ali, e só na outra semana tu pergunta se ele ficou, ele diz fiquei, ele não vai dizer que tirou é lógico. Então é melhor conversar o que é que é bom para ele, o que a gente deve fazer na ferida. S3

O reconhecimento do saber do usuário sobre si, além de ser uma forma de valorização das pessoas envolvidas como sujeitos, estimula que o mesmo volte o olhar sobre si, conhecendo-se e expressando sua percepção sobre as suas reais necessidades de saúde. Diante disso, valorizar e respeitar o saber usuário traz como conseqüências a ampliação do conhecimento e da compreensão da equipe de saúde sobre o que a clientela necessita e, ao mesmo tempo, fortalece o alcance das práticas de cuidado pelos próprios sujeitos envolvidos:

Entender o processo terapêutico como a possibilidade de conhecimento e crescimento mútuo, favorecendo o enfrentamento por parte do cliente dos seus problemas atuais e futuros de modo mais autônomo, pode significar uma relação em que o enfermeiro, aproximando-se da problemática do cliente, se constitua num

conselheiro circunstancial, podendo ajudá-lo, ensinando-lhe a governar-se (Lunardi, 1997, p.216).

A autonomia em saúde engloba, também, o poder que o usuário tem de decidir que profissional escolher para atendê-lo, determinando seus interesses que exerce de forma independente. Este direito fundamenta-se no respeito à pessoa humana, e implica no direito à escolha, à manifestação de sua vontade. Se a escolha de cada pessoa é decorrente do exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade sobre a outra.

A Dona XX, uma velhinha de úlcera que fala, que berra porque ela é surda, ela chega, ela exige, não porque eu quero fazer o curativo com YY. Não tem porque tu ficar batendo boca, não porque qualquer um vai fazer, se ela tem preferência, se ela prefere, se sente melhor. Claro nem sempre dá para fazer isso, mas quase sempre dá, se ela prefere esperar que YY termine um curativo não tem porque a gente entrar em conflito com ela, se ela se sente melhor. S6

Neste depoimento está claro o respeito a autonomia do usuário de escolha de quem ele quer que o atenda. Como mencionado, sempre que possível este direito é respeitado de modo a favorecer a autonomia da pessoa, que decidindo o que é bom para si ou o que proporciona seu bem-estar.

Nos relatos citados fica evidenciado a relação estabelecida entre profissional e usuário. Existem, segundo Robert Veatch quatro modelos de relação médico-paciente: o modelo sacerdotal, o engenheiro, o colegial e o contratualista (In GOLDIM e FRANCISCONI, 1999).

Analisando-os sob o ponto de vista do direito a autonomia no modelo sacerdotal, o profissional assume uma posição paternalista não levando em conta os desejos, crenças ou opiniões do usuário, ficando esse submisso a decisão do profissional.

No modelo engenheiro, a relação que se estabelece é de o profissional como um mero repassador de informações e executor de ações estabelecidas pelo usuário, existe um baixo envolvimento entre os dois o que leva a relação a se caracterizar apenas como uma prestação de serviço sem vínculo entre os participantes.

O Modelo Colegial estabelece que não existe diferença nos papéis do profissional e do usuário na relação. Não existe a caracterização da autoridade do profissional porém, ocorre a perda da finalidade da relação médico-paciente, equiparando-a a uma simples relação entre indivíduos iguais. Este modelo é de difícil ocorrência pois o conhecimento do profissional e do usuário não permite que ambos possam ser equiparados em um mesmo patamar para a tomada de decisões.

E por fim o modelo contratualista, que observei neste estudo ser o estabelecido pelos profissionais do setor de curativos que prega que o profissional preserve a sua autoridade, enquanto detentor de conhecimentos e habilidades específicas, assumindo a responsabilidade pela tomada de decisões técnicas. O paciente também participa ativamente no processo de tomada de decisões, exercendo seu poder de acordo com o estilo de vida e valores morais e pessoais. O processo ocorre em um clima de efetiva troca de informações.

4.1.4 Direito a igualdade da assistência à saúde

O direito a igualdade na assistência à saúde faz referência a distribuição dos recursos de saúde com as mesmas oportunidades, de acordo com as necessidades de cada usuário e respeitando suas diferenças, de modo a reduzir as desigualdades.

A igualdade é a conseqüência desejada da equidade, sendo esta apenas o ponto de partida para aquela, ou seja, é necessário reconhecer igualmente o direito à saúde de cada cidadão a partir de suas diferenças (GARRAFA, OSELKA e DINIZ, 1997).

É somente por meio do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos que se pode alcançar a igualdade. É necessário se buscar a equidade no acesso à saúde, através da priorização da intervenção junto aos grupos de maior carência sócio-sanitária.

A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos mais elementares, onde o objetivo futuro é o reconhecimento da cidadania (Op cit, 1997).

Face ao cenário que se encontra o SUS hoje, uma demanda cada vez maior do número de atendimentos para uma oferta de recurso limitado e até mesmo escasso, faz-se necessário escolher, explicitamente, quais as prioridades entre as intervenções. Sendo importante respeitar o princípio ético de que se necessário pode-se racionalizar serviços, mas jamais negar a assistência a grupos inteiros da população (MENDES, 2001).

O autor pondera também, sobre a impossibilidade a qualquer país ofertar a todas as pessoas a totalidade das intervenções de saúde, sendo necessário estabelecer critérios para a distribuição dos recursos. Cada sociedade pode estabelecer seus critérios podendo ser eles monetários, custo/efetividade, necessidade, integralidade, merecimento. Independente de quais critérios serão adotados o importante é defini-los de modo objetivo e transparente, e que “envolvam de um lado, a preocupação com as necessidades em saúde e com a integralidade da atenção, e, de outro, uma discussão com a população” (Op cit, p.72).

No serviço de curativos este contexto não é diferente, uma vez que ele apresenta recursos limitados, não sendo possível disponibilizar a todos o material/medicação que demandam. Os profissionais precisam selecionar frente a dois critérios pré-estabelecidos quais usuários serão ofertados com os materiais mais escassos.

O critério da necessidade biológica contempla aqueles pacientes em que a lesão é de maior complexidade em decorrência de sua lenta cicatrização e a alta frequência de recidivas, no caso desse setor as úlceras de membros inferiores, e no caso de outras lesões onde a cicatrização é mais lenta. O critério da necessidade social atende às circunstâncias de o usuário não possuir recursos econômicos ou meios, como um familiar que o auxilie para realizar o curativo em casa ou dificuldade de locomoção para outro serviço nos intervalos diários de atendimento como fins de semana e feriados

É bom, eu acho que entra nesta questão, que é possível dentro das prioridades que nós temos da gravidade de dar para aqueles que mais precisam uma tecnologia melhor no nosso caso seria o paciente de úlcera ou aquele paciente que a gente está cuidando, por exemplo o idoso que demora muito para cicatrizar, então a gente está às vezes, um mês e tanto usando aquele curativo básico, aquele tradicional, e não está evoluindo então a gente, bom quem sabe vamos usar um outro um pouco mais sofisticado, como por exemplo usar um hidrocoloide, ou então aqueles pacientes que não conseguem fazer curativo em casa fim de semana, então a gente coloca um recurso que ele não precise fazer, colocamos um curativo que tem uma durabilidade maior, embora tem a questão de não da para dar para todos porque o recurso é finito. S6

4.1.5 Direito a informação

O direito de receber informações está presente na legislação brasileira. Este direito abrange receber informações tanto as que dizem respeito a sua própria pessoa, sobre a sua saúde e também, quanto aos serviços a sua disposição.

Este direito foi referenciado por todos os profissionais, o que nos remete a uma forte tendência deles em tornar os usuários mais autônomos e cidadãos conhecedores de sua saúde e dos serviços a sua disposição.

O paciente ou o seu responsável tem o direito de receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, terapias disponíveis, duração prevista do tratamento, efeitos colaterais dos medicamentos, finalidade de cada exame, riscos dos procedimentos médicos e de enfermagem adotados e possibilidades de melhora.

O direito dos usuários de terem acesso e receberem informações, estão assegurados pela Constituição Brasileira no capítulo I, "Dos direitos e deveres individuais e coletivos", art. 5º, que refere o seu direito ao acesso e a receber informações de seu interesse particular ou coletivo (BRASIL, 1988), e pelo Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, que ressalta como deveres dos enfermeiros, através do Cap. IV, artigo 26: "Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer" e do artigo 27: "Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar" (COREN –RS, 2001, p.36).

Segundo Silva (1993), o paciente tem o direito, enquanto pessoa e sujeito, de saber a verdade sobre si mesmo, ele é o "árbitro" de sua vida e tem o direito de agir como sujeito do seu próprio destino. Quando fornecemos informações que não são compreendidas ou quando as fornecemos de maneira inapropriada, negamos ao

paciente o direito a verdade sobre si, o que em algumas situações favorece o não questionamento por parte dos mesmos por vergonha de admitir sua ignorância perante o assunto.

A informação é a base da decisão, do julgamento e da ponderação. A informação amadurecida pela vivência e pela experiência nos permite transcender a liberdade, proporcionando-nos um estado de interdependência com as pessoas e o mundo à nossa volta, relação esta de igualdade, autonomia e liberdade (Gauderer, 1998, p. 11-12)

É preciso que os profissionais de saúde sejam capazes de fornecer adequadamente informações e esclarecimento, de forma a facilitar a compreensão do indivíduo a respeito do seu estado. Foi constatado uma convergência nos discursos dos entrevistados no que se refere a este direito

Orientação também é um direito, se não estão passando bem, a gente diz o que está acontecendo também. Orientação de ir no hospital quando aqui não tem, procurar um serviço quando aqui não tem. S1

Quase sempre aqui quando, no caso das úlceras, o paciente ingressa a gente fala até o que ele vai usar se é a Bota de Unna ou se vai usar outro material a gente sempre informa olha tu vai usar isso. Quando a gente coloca a bota ou até um simples curativo compressivo pela primeira vez a pessoa vai sentir coisas diferentes ai a gente orienta, se tu sentir isso, isso e isso é normal ai se ficar vermelho coisa assim dai não é normal a gente fala se der coisa diferente disso que a gente ta falando tu retorna aqui pra gente dar uma olhada porque tem gente que não se adapta ao tipo de tratamento daí tem que trocar. S2

Há o direito a informações todas as informações (...) A sair assim bem informado do que esta acontecendo. (...) Então isso ai a gente tem que repassar pra eles como fazer o curativo. S3

De explicar para ele o que está acontecendo, e do retorno que tem que ser feito, e todos os procedimentos que estão sendo feitos tem que explicar para ele, ele tem que saber o que ta acontecendo. S4

Eu acho importantíssimo ele ser bem informado, não só aqui, mas em qualquer lugar ele receber uma informação, uma orientação ele tem que receber, tem que sair bem informado. É muito importante ele receber informações sobre a sua saúde, como ele esta, se esta melhorando, como ta andando... S5

Mas claro que ele tem direito a toda a informação sempre que eles perguntam a gente, há isso é tal coisa explica o que acontece.(...) Então agora que a gente esta tendo várias altas a gente vê que é

importante preparar para a alta. Quem tem que usar a meia, que tem que cuidar da pele, sabe ele entender o problema de saúde dele, porque se não ele volta com a ferida aberta porque não é só uma questão de usar meia, embora isso seja fundamental... S6

Os usuários, em sua maioria não têm compreensão da linguagem técnica dos profissionais, não sendo possível aos leigos avaliar, inferir significado ou reconhecer muitas de nossas ações. É necessário que os instruamos quanto as ações que iremos realizar, suas finalidades e riscos para que este possa, após, tomar alguma decisão autônoma. Silva (2002) expõe que os usuários quando recorrem a um profissional para uma determinada assistência, este profissional é bom, pois ocorreu uma troca de informações entre eles.

É importante salientar que o conhecimento de um leigo e do profissional se diferem em decorrência de seus referenciais distintos. Portanto para que o desempenho no aspecto da informação seja bom é necessário ao profissional saber o máximo de informações sobre o seu usuário para que possamos fazer uma correlação entre o nosso saber e o do outro.

Quanto ao mesmo direito de receber informação, tem o aspecto de receber informações sobre os serviços disponibilizados a ele. Grande parte da população brasileira não conhece os serviços a que tem direito recorrer e que estão ao seu dispor providos pelo SUS.

Nos relatos a seguir aparecem situações corriqueiras nos serviços de saúde como um todo, os profissionais relatam que eles, mesmo fazendo parte do serviço não conhecem todos os seus recursos. O que deixamos então para os usuários leigos que o procuram? Os profissionais mostram a importância de não só dizer que ali não é realizado determinado procedimento mas onde ele deve se dirigir para alcançá-lo. E também, ao fato de o profissional ser responsável não só por dar

informações referentes ao seu serviço, mas de saber dar informações relativas a outros problemas do usuário de modo a instruí-lo quanto a sua saúde

É um direito que a pessoa tem de ser informada e bem informada, e ela fica desorientada andando de um lado para o outro, se eu, se nós que trabalhamos nisso (instituição) já ficamos, imagina as pessoas que não, eles se perdem até nos corredores, eles não sabem onde é, eles não são obrigados a saber mesmo, a gente é quem tem que orientar isso aí um pouquinho de boa vontade consegue...S3

A gente aqui não trabalha com suturas, então quando vem um paciente com um ferimento grande que precisa, daí a gente informa ele que esse trabalho a gente não tem aqui, aí a gente faz um curativo compressivo e orienta ele olha esse trabalho a gente não faz aqui tu vai ter que ir num hospital de depois a gente esclarece que se ele quiser continuar fazendo o curativo aqui é melhor porque lá no hospital é mais demorado. S2

Acho, também, que a gente não pode se limitar só ao que a gente esta fazendo aqui, porque quando chega uma pessoa, por exemplo, com um ferimento que, um corte qualquer outra coisa aqui ele tem que saber que tem que fazer uma vacina anti-tetânica a gente tem que saber da história vacinal dele pra orientar, e outras coisa, até mesmo quando está fazendo o curativo ele relata outras coisa e a gente poder dar uma informação pra onde ele deve ir, o que fazer, quem ele deve procurar. Acho que o curativo aqui a gente consegue muita coisa não só o curativo. S4

A desinformação faz com que os usuários fiquem sem entender o que está, realmente, ocorrendo consigo e as formas de tratamento que lhes estão sendo propostas; com isso, passam a aguardar pacientemente, sem questionarem o que lhes é oferecido e permitindo que os profissionais da saúde lidem com seu corpo, sem reconhecer sua condição de cidadão, ou seja, sujeitos com deveres,mas, também com direitos sobre si e sobre o seu corpo.

No setor de curativos é utilizado um folder informativo, contendo informações sobre úlceras que é dado aos pacientes que recorrem pela primeira vez ao serviço com esta patologia (Anexo A). Este serve como um auxílio no fornecimento de informações e também como uma forma de os pacientes recorrem em casa quando tiverem dúvidas ou não recordarem de alguma orientação fornecida.

Até existe um folheto que a equipe criou ali pra informar esclarecer bem o que o paciente teria que fazer em casa. Existe esse folheto que a gente distribui, mas quase todos os pacientes de úlcera que a gente tem aqui são bem informados... S2

Fortes (1998) afirma que a informação por escrito padronizada não pode ser a única fonte de esclarecimento da pessoa assistida, uma vez que, ao não se levar em conta as circunstâncias particulares de cada usuário, não estamos respeitando o direito à informação. Ela deve ser complementar as informações orais como o referido acima pelo profissional.

Santos (1996) aponta que sendo a família a unidade básica de saúde cabe a enfermagem cuidar dessa família e considera-la não como apenas como cumpridoras das decisões dos profissionais, mas incentivar a sua participação, orientando-a, esclarecendo suas dúvidas, ouvindo e considerando sua opinião.

Corroborando com as afirmações da autora, as orientações repassadas pelos profissionais não são só para os usuários mas também aos seus familiares que irão lhe auxiliar em casa na realização dos curativos. Os profissionais demonstram empenho no fornecimento de informações e o esclarecimento das condições de saúde, o que mostra um grande respeito pelos usuários e sua família

Explica como ele tem que fazer o curativo se ele tem algum familiar que pode fazer esse curativo então trás ele até aqui a gente ensina o familiar a fazer o curativo porque é muito difícil essas úlceras no membro inferior, a pessoa mesmo repassar aquela atadura, não é muito fácil ainda mais se a pessoa um pouco obesa. Então o ideal é ensinar um familiar a fazer isso ou mais de um até. Então quanto ao cuidado deles em casa é isso que a gente faz, a gente orienta. S3

A necessidade de conversar e incluir a família no cuidado dos usuários é muito importante. Manter a família informada é uma forma de preparar esse familiar para assumir os cuidados em casa com o usuário.

Goldim (2003) afirma que a relação familiar tem grande repercussão em inúmeras áreas da Bioética e onde os vínculos familiares podem ter papel decisivo como na tomada de decisões, autorização e realização de procedimentos, os membros da família são vinculados uns aos outros e a necessidade de intimidade, com informações compartilhadas, produz responsabilidade assim como fazer com que uma pessoa exista produz responsabilidades nas demais.

Um dos princípios fundamentais da bioética e inquestionavelmente aqui seguido pelos profissionais de enfermagem é o de beneficência, ou seja, fazer o bem e promover o bem-estar. Segundo Selli (1998, p.108) o alvo da atenção da equipe de enfermagem é a saúde do ser humano, e para alcançar isto deve-se agir com o máximo de “zelo e o melhor de sua capacidade profissional”. A troca de informações relatadas a seguir demonstram o forte comprometimento em procurar fazer o bem para os usuários

a medicação por exemplo se o paciente tem úlcera hipertensiva então faz, faz curativo mas a pressão fica lá super alta não cuida, ta então tu vai até o clínico ou até o teu cardiologista pra reavaliar essa medicação, há mas eu nem estou tomando, então nem precisa tu principalmente acolhe olha o senhor tem que tomar assim essa medicação porque essa úlcera depende dos curativos mas também de baixar, do senhor controlar essa pressão até os níveis bons né. Diabéticos também, às vezes a gente cuida de um pé diabético, quanto está teu açúcar, há 300, 400, o senhor esta tomando a medicação, não, não estou porque eu acho que esta boa, não é assim não adianta ficar fazendo curativo aqui se o senhor não controlar essa diabetes, há mas eu não vou no médico, bom vamos ver se a gente consegue marcar ou encaminhar, referenciar mas o importante é que cuide também da sua saúde total não é só da ferida ali. S3

Existe uma grande relação entre participação do usuário no tratamento, a sua adesão ao mesmo e a informação que lhe é passada quanto a sua doença. Como, no caso das úlceras, trata-se de uma patologia muito mais complexa do que uma ferida, desencadeada pela dificuldade de retorno venoso nos membros inferiores, se

o usuário não compreender bem esta situação ele não irá realizar o curativo compressivo. Dessa forma as informações dadas quanto a sua real condição de saúde contribuem para a efetivação do tratamento

É muito importante passar a orientação de como ele (usuário) está, o cuidado que ele vai ter, a importância de ele voltar pra fazer os curativos, porque o andamento, a evolução depende do cuidado que ele vai ter. Porque até quando a gente esta passando uma faixa explicar porque que a atadura é mais apertada, qual é a função dela, então não adianta a gente faz um curativo, passa uma atadura, fica bem preso, se o paciente não sabe porque que esta acontecendo isso, ele em casa e coloca uma atadura frouxa então não vai, não é só o curativo que tem que fazer aqui ele tem que entender. S4

Um ponto que deve ser ressaltado da fala acima é o fato de o profissional estar preocupado que as orientações que são fornecidas não fiquem somente no plano informativo, mas tenham o objetivo de educar o paciente.

De acordo com a classificação de Bordenave (1994) para os processos relacionados com o ensino-aprendizagem, ou seja, como se consegue que as pessoas aprendam alguma coisa, o que se observou no serviço foi que ela se apresenta ora como de simples transmissão, com repasse de informações sem a participação do usuário, ora como problematizadora, na qual com a intensa participação do usuário ele passa a ser visto como a gente da transformação social onde o binômio profissional-usuário busca detectar os problemas e procurar soluções.

Em alguns momentos os profissionais adotam uma postura mais vertical onde ocorre apenas o repasse de informação ao usuário, mas o grande enfoque que os profissionais dão a sua prática é de fornecer, trocar informações que permitam levar a uma mudança de comportamento.

Uma informação, que leve a uma maior participação do usuário no seu tratamento, deixando de ser um a gente passivo para ser não só ativo, mas pró-

ativo, ou seja, não só aquele que participa, mas que luta para que este direito de participação seja estendido a todas as relações que se estabelecem no serviço.

4.1.6 Direito a resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos

O princípio/direito de resolução dos problemas dos usuários que procuram o atendimento no setor de curativos, também, foi contemplado na fala dos sujeitos

Direito, também, eu faço curativo aqui mas se a pessoa tem uma receita, tem um exame, tem alguma coisa que podemos resolver isso aqui não precisa mandar, há tu vai lá na área tal, eu sei, eu resolvo para ela aqui. Procurar fazer, solucionar o máximo de problemas que a pessoa tiver no local, mas isso com certeza, não deixar pipocando. S3

E (tem o direito) de que se realize o procedimento que ele (usuário) vem, que ele vem buscar, que se resolva. S4

Aqui fica claro a responsabilização dos profissionais em tentar resolver os problemas dos usuários que recorrem ao serviço de curativos. No primeiro trecho é possível observar ainda que os profissionais se preocupam em solucionar não só as necessidades de atribuição do setor onde trabalha, mas de também, auxiliar o usuário na resolução de problemas referentes a outros setores para não deixá-lo “pipocando” pela instituição.

Merhy (1997) aponta alguns fatores como decisivos para que as soluções para enfrentar a crise na atenção à saúde se mostre competente, entre eles o da autonomia dos profissionais para além do médico, com a configuração de a gentes coletivos e a possibilidade de tornar os espaços institucionais de fato públicos com a presença de profissionais realmente comprometidos e interessados na saúde.

Isto de fato ocorre no setor observado, os profissionais da equipe de enfermagem têm uma atuação autônoma em relação a atuação do médico, e se apresentam comprometidos e interessados para com a resolução dos problemas de saúde dos usuários. Degani (2002) retrata que para se atingir a resolutividade dos problemas de saúde é importante que seja estimulado o desenvolvimento de atitudes de responsabilização dos profissionais.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1990c) adota o termo “resolubilidade”, e supõe sua ocorrência mediante a exigência do indivíduo que busca um serviço de saúde para o seu atendimento, ou pelo surgimento de um problema coletivo impactante sobre a saúde da população, e considera que para ser atingido seriam necessários serviços capacitados para resolver esses problemas.

Para Merhy (1994, p.139), a ação resolutiva não se reduz a uma conduta. Ele afirma que resolutividade “é colocar à disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso”.

Desta forma o direito ao acesso a todo tipo de recurso e de ser encaminhado a serviços que disponham de assistência fazem parte do princípio de resolutividade. Este direito foi citado expondo a necessidade de se oferecer toda a tecnologia necessária para a resolução dos problemas do usuário e o encaminhamento a outros serviços quando o serviço de curativo não pode solucionar

Então a gente tenta ver como essa pessoa pode fazer em casa, procurar o máximo de recursos que ela possa utilizar além do que a gente tem condições. E, também, essa questão de dispor de toda a tecnologia. S6

E também, entra nesse princípio (de resolutividade) aí a questão do direito que eles (usuários) tem a ter recursos fora das nossas possibilidades, ou seja, a cirurgia de varizes ou exame mais sofisticado S6

Uma das principais preocupações dos profissionais se refere ao encaminhamento dos usuários a outros serviços quando o atendimento não pode ser resolvido no setor. Este encaminhamento é feito constantemente no setor, durante o atendimento se o profissional observa algum problema não relacionado com a lesão, o usuário é encaminhado para outro serviço com o agendamento de uma consulta em outra área, feita ali mesmo, para evitar que o usuário necessite entrar em filas.

Paim (2003) ao analisar os modelos assistenciais vigentes no Brasil mostra que este posicionamento dos profissionais, autônomo e com vistas a promoção à saúde, abrangendo qualidade de vida e resolução dos problemas de saúde individuais e/ou coletivos, está intimamente ligado aos novos modelos assistenciais alternativos, que surgiram como meio de reformular a atual forma como os profissionais intervêm sobre os problemas de saúde e atendem as necessidades da população.

Lima e Almeida (1999, p. 97) concordam ao afirmarem que os profissionais de enfermagem são “capazes de realizarem transformações no modo de operar o trabalho em saúde” exercendo sua autonomia de forma simétrica com os demais profissionais, levando a uma assistência que procura resolver os problemas dos usuários que surgem no dia a dia.

4.2 TEMA DOIS: A IMPLEMENTAÇÃO DOS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Nos discursos e nas observações realizadas a seguir analisadas foi possível detectar aspectos que levavam ao respeito dos direitos do usuários, ou seja, foi possível ver os princípios preconizados pelo SUS colocados em prática. Porém, também foram observadas e relatadas situações de contrariedade e que dificultam o respeito aos direitos dos usuários.

Embora nem todos os relatos fossem específicos ao serviço de curativo, os mantivemos pela interferência na assistência prestada pelos sujeitos deste estudo.

4.2.1 Aspectos convergentes aos direitos dos usuários

Muitas situações que levam ao respeito aos direitos dos usuários foram averiguadas no decorrer da assistência prestada pelos profissionais. Inicialmente pode-se explicar o direito ao acesso ao serviço.

O serviço de curativos se apresenta como um serviço de porta aberta, de pronto atendimento. Todos os usuários que recorrem ao serviço são atendidos, independentemente do local de origem destes usuários, sendo muito freqüente o deslocamento de pacientes de bairros distantes e até da região metropolitana de Porto Alegre.

Os usuários, segundo relato dos profissionais, se deslocam de diferentes locais para serem atendidos no setor pois este além de oferecer o serviço de curativos com material adequado, disponibiliza um atendimento com qualidade, ou seja, com acolhimento, estabelecimento de vínculo e resolutividade dos problemas de saúde dos usuários.

Isso denota que o acesso funcional e econômico se sobressaem ao acesso geográfico. Os usuários procuram o serviço não pela localização e facilidade de locomoção até o mesmo, mas pela qualidade do serviço, onde são levados em conta a forma como os profissionais prestam o serviço e a distribuição dos recursos materiais (ADAMI, 1993 e UNGLERT, 1995).

É possível averiguar esta situação na fala de um dos profissionais abaixo

O bom atendimento, um fala para o outro, traz também pacientes, a gente em um ano passou de 132 pacientes para quase 250 por essas razões, os pacientes não tem lá na zona deles eles vêm para cá que aqui tem, agora faltou aqui eles vão procurar em outro lugar.S6

O profissional relata que o número de atendimentos de úlcera de membros inferiores quase duplicou em um ano. Os usuários recorrem a este serviço pois o mesmo após a implantação de um programa recebeu verbas financeiras para a compra curativos especiais como a Bota de Unna, curativo de Hidrocolóide e curativos e pastas absorventes de alginato de cálcio e sódio, e pode disponibilizar estes recursos aos usuários.

Ainda no mesmo relato aparece o aspecto relacionado ao acesso econômico, os usuários procuram os serviços pelo material que este pode disponibilizar a ele, como referido, agora o setor de curativos esta com dificuldades financeira para propiciar estes curativos especiais, e se vier a faltar recursos para a compra, os usuários, mesmo tendo criado vínculo com o serviço, recorrem a outro com o intuito de conseguir o material.

Outro fator que leva os usuários a procurarem o serviço de curativo diz respeito a forma como os profissionais tratam os usuários. Foi possível verificar que os profissionais procuram respeitar os usuários como pessoas, e com empatia se

colocam no lugar da população e procuram agir de forma beneficente, em prol de uma assistência humanizada

A gente procura não deixar o paciente esperando, então é uma coisa que as pessoas gostam. S2

Neste discurso é possível observar que os profissionais procuram agilizar o atendimento de forma a não deixar os usuários esperando muito tempo para ser realizado o curativo. Eles reconhecem que este fato é importante para os usuários, sendo uma forma de facilitar o acesso funcional ao serviço.

Este fato nos remete, também, a maneira como são acolhidas as pessoas. Acolher significa solidarizar-se com os usuários, reconhecendo suas necessidades e procurando agir de forma responsável e mostrando interesse pelas pessoas que estão, de certa forma, dependendo de sua disponibilidade (SILVA JÚNIOR, 1998).

Para Junges (1999) a solidariedade é um conceito fundamental na bioética latino-americana, visto que em meio a uma população muito pobre, sem poder econômico ou social, incapaz de exigir seus direitos a solidariedade é um fator importante e urgente para se alcançar a cidadania.

O serviço de curativo tem objetivo atender pessoas que apresentam alguma lesão. Embora este seja, a princípio, o foco de atenção e o motivo pelo qual este serviço foi criado, é necessário que não se tome por objeto da assistência apenas a lesão e sim, o indivíduo que apresenta uma lesão.

Durante minha permanência no setor foi possível observar que os profissionais procuram tratar as pessoas pelo nome e durante a interação propiciam um espaço para a criação de um vínculo de respeito e diálogo. E em decorrência da grande carência em que se encontrar a população, eles acabam por trazer vários tipos de problemas, muitas vezes nem mesmo relacionado a área da saúde.

PROFISSIONAL: Oi XX, como a senhora esta hoje? Tudo bem?

PACIENTE: Esta tudo bem.

PROFISSIONAL: Olha a lesão esta bem melhor, e o seu tratamento da pressão alta, esta se cuidando direitinho?

PACIENTE: Esta tudo indo bem. Só a WW (neta) que não me deixa descansar, não consigo ficar com a perna pra cima como você⁵ disse.

PROFISSIONAL: A sua neta fica sempre com você?

PACIENTE: Sempre minha filha trabalha.

PROFISSIONAL: Ta, mas ela não tem a outra vó também, quem sabe a senhora conversa com sua filha e diz para ela que por enquanto, enquanto não fecha a lesão ela poderia deixar a neta de vez em quanto na outra vó também, para aliviar a senhora.

PACIENTE: É, bem que eu poderia pedir isso para ela mesmo. OBS7

Como os profissionais procuram estabelecer um bom relacionamento, com uma escuta atenta dos usuários, estes expõe os problemas que estão lhe afligindo, e pela abertura que lhe é dada eles buscam por soluções com estes profissionais.

É possível averiguar que em diversos momentos o profissional se sente responsável em não só se dedicar ao ponto chave do serviço, ou seja, a lesão, mas ver o indivíduo como um todo e apóia-lo em suas diferentes necessidades

E aqui a gente tem que dar um apoio social, psicológico, emocional porque eles vem com tudo. S5

Neste trecho, um dos profissionais refere-se a este fato relatando que neste serviço ele atuam não só com a lesão, mas dando apoio em diversas outras necessidades como social, psicológico, emocional, mostrando uma visão integral do ser humano.

Isto condiz com o conceito de saúde que passou-se a adotar a partir da 8^a. Conferencia Nacional de Saúde (1987), que trata a saúde não como contrario de doença, ou meramente uma relação de bem estar biopsicosocial, mas como um complexo conjunto de fatores e condições necessárias ao qualquer indivíduo para apresentarem um padrão de vida digno. Tratar o indivíduo como um todo, com

integridade é olha-lo com o enfoque desta nova concepção de saúde, e não mais em partes fragmentadas.

A autonomia do usuário é estimulada pelos profissionais. A autonomia é vista no sentido de auto-determinação, de participação do usuário no seu tratamento, no seu auto-cuidado.

Muitas situações observadas remetem a este estímulo a participação do usuário em seu tratamento. Em uma delas, o profissional está realizando um curativo de úlcera em membro inferior esquerdo

PROFISSIONAL: Você sente coceira na perna, ?

PACIENTE: Sinto.

PROFISSIONAL: Vamos passar a pomada para aliviar?

PACIENTE: Você é que sabe das coisas.

PROFISSIONAL: Não, não é assim tu sabe se tem coceira, eu estou te mostrando que tem uma pomada para isso, mas tu tens que dizer se quer. Tu é quem decide o que é melhor. Tens que participar, não sou eu quem manda.

PACIENTE: Há então pode passar aí na parte de trás que é onde eu sinto coceira. OBS 1

O usuário no momento em que o profissional mostrou a ele que a sua participação, que a tomada de decisão caberia a ele enquanto ser central do tratamento, pode observar uma mudança de fisionomia do usuário, como que surpreendido com o que está escutando e, ao mesmo tempo satisfeito em ser reconhecido enquanto pessoa e então ele passou a tomar parte no seu tratamento.

A autonomia do usuário é parte fundamental do tratamento, pode-se dizer que não só da assistência em saúde, mas deve fazer parte de qualquer relação entre as pessoas, só poderemos chegar a uma sociedade democrática se possuímos cidadãos, e só teremos cidadãos se estimularmos a autonomia de cada indivíduo.

⁵ De modo a respeitar o direito de anonimato, os pronomes de tratamento senhora e senhor foram substituídos por você em vista de no serviço de curativo só existir um funcionário do sexo masculino.

A característica das relações interpessoais mudaram e vem mudando há alguns anos. Até algumas décadas as relações entre profissional e paciente eram estritamente verticais, um indivíduo era o detentor das decisões e o outro as cumpria, neste tipo de relação não há espaço para diálogo. Hoje as relações são horizontais, onde os dois lados podem optar, criando uma troca, um diálogo verdadeiro (CLOTET, 2003).

O profissional com seu saber científico, o usuário com suas vivências e saberes, trocam informações e assim o profissional informando o que pode ser feito o usuário pode tomar uma decisão autônoma quanto ao seu tratamento. Para Junges (1999, p.43) “A comunicação entre o profissional da saúde e o enfermo deve prevenir a ignorância que leve a uma escolha constringida e deve suprir a falta de informação e compreensão”.

Com a reforma física do setor de curativos, foi instalada uma pia para que os usuários pudessem lavar os membros inferiores. Esta pia proporciona que os pacientes mesmos lavem sua perna, situação esta que não acontece em casa na grande maioria dos casos pois o alguns curativos que é realizados não podem ser molhados fazendo com que os pacientes tomem apenas um banho parcial. Um dos profissionais relata que os usuários mostram satisfação em estar lavando seu pé

a satisfação que ele (usuário) esta tendo de ver a pessoa com a perna de baixo da água lavando bem o pé aquela água corrente ele diz como é bom, porque eles não lavam o pé nunca não tomam banho inteiro tanto que alguns dizem que sonham em tomar banho de corpo inteiro. S6

Esta opção não é imposta, o que mostra o respeito ao direito de autonomia, de livre arbítrio, de auto-decisão, a lavagem na pia é oferecida ao usuário a possibilidade dele participar de seu tratamento, podem realizar a sua higienização,

PROFISSIONAL: Olha nós temos um pia ali para lavar o pé tu podes lavar tu mesmo ali ou então eu lavo na maca, o que tu prefere?

PACIENTE: Eu acho melhor eu mesmo lavar na pia fica melhor. OBS 10

Quem começou a oferecer esta opção aos usuários foram os auxiliares de enfermagem do turno da tarde, elas perceberam que os pacientes não lavavam o pé, não tomavam parte de seu tratamento, elas apenas chegavam deitavam na maca e ficavam ali esperando que o profissional realizasse tudo

O pessoal da tarde começou a usar falavam que os pacientes não se lavavam, se tu observar tens uns (usuários) que não lavam o pé, e aí eu comecei a observar que isso dá muita autonomia. Porque ele se toca ele tira, e a gente teve algumas coisas interessantes, porque alguns não sabiam nem como é que se lava, não tu tira pode usar luva, outros dizem não, não preciso de luva já faço isso em casa mesmo. S6

...mas eu vejo que os pacientes quando eles fazem eles gostam mais de lavar a perna fica mais limpa da uma sensação boa porque a água é morna ele toca, porque ali tem essa questão de tu estar participando do cuidado, ao passo que tu estar ali na maca a gente é que faz tudo para ele e aí quando ele tem alta, ou quando não tem bota como agora ele tem que fazer em casa e eles diziam e agora como é que eu vou fazer? Estavam acostumados com a gente fazendo tudo. S6

Esta situação, este estímulo para a autonomia proporciona que o paciente se conheça, no depoimento acima o profissional relata que quando ele realiza todo o cuidado o paciente acaba ficando muito dependente, e não toma decisão, não realiza seu auto-cuidado pois se acostuma com outrem a fazer, a decidir por si. Com o estímulo a autonomia ele passa a se tornar cidadão de si mesmo, tomando para si a liberdade de escolha.

Ao olharmos o atendimento prestado no serviço, com relação a característica dos usuários que recorrem a ele, podemos notar que existem uma ampla diversificação com relação a características sócio-econômicas. O serviço atende desde pessoas desprovidas de qualquer recurso econômico àquelas com poder

aquisitivo maior, que possuem até mesmo plano de saúde, mas que recorrem a este pelo bom atendimento ou porque seus planos não cobrem este tipo de assistência.

E, embora exista uma diferenciação quanto a estas características, o tratamento é igualitário, não existe distinção ou preferências no atendimento. Esta é uma preocupação expressa pelos profissionais

Porque nós não fazemos diferenciação aos pacientes, pode ser mendigo ou não a gente faz o máximo para ajudar. S1

Durante as observações presenciei o atendimento a diversos usuários de distintas classes econômicas e pude concluir que em nenhum momento ocorreram discriminações por este fator. Todos eram atendidos de uma mesma maneira, com a mesma atenção e sem privilégios.

Um ponto importante que cabe salientar é quanto a distribuição de medicamentos e materiais para os curativos que devem ser feitos em casa. Seguindo o princípio da equidade, e em decorrência do número limitado de recursos materiais, faz-se necessário a seleção dos usuários que receberão este recurso. Aqueles que não possuem condições econômicas para compra-los ou que o acesso a este recurso seja muito difícil são os beneficiados com a distribuição de material para casa.

A informação é um ponto bem debatido no setor, os profissionais procuram, na maior parte do tempo, realizar o repasse de informações pertinentes ao próprio usuários a ao potencial dos serviços disponibilizados pelo SUS para o seu atendimento.

Os profissionais reconhecem que a integração entre ele e o usuário, a troca de informação entre eles é de vital importância pois isto ira levar a autonomia dos

usuários e auxilia na realização da assistência já que quanto mais informações o profissional tiver do usuário mais integral e resolutive serão suas ações

E o que dificulta, bom o que facilitam também é poder ter essa integração com o usuário, poder trocar com ele. S6

Então quando a gente tem mais tempo a gente consegue dar um atendimento vip, assim né, conversar, investigar, e não ficar assim ta, ta pronto aí o paciente levanta, e pode ver que quando ta meio corrido, eles até esperam, mas quando chega a hora dele, ele fica, fica conversando, contando porque ele sabe que ali tem também esse lado de ouvi-lo mesmo, que não tem nada a ver com a ferida, com a cicatrização pelo menos. S6

Como referido, nem sempre é possível realizar esta conversa, muitas vezes o atendimento fica tão corrido que os profissionais acabam trabalhando mecanicamente, porém estas situação não ocorrem com freqüência pois os profissionais estão sempre procurando se auto-supervisionarem para não deixar que isso aconteça.

É importante ressaltar aqui que esta informação visa a educação, ou seja, uma mudança de comportamento, a aquisição de autonomia do usuário, e não simplesmente a orientação informativa (BORDENAVE, 1994). A orientação tem a função de formar cidadãos e não analfabetos-informados, entendido aqui como aquela pessoa que possui o conhecimento mas não age com ele, não sabe o que fazer com a informação que lhe foi repassada.

Os profissionais relataram e eu pude observar isso, que os usuários são muito mal informados nos serviços de saúde, tanto no que diz respeito ao seu tratamento quanto dos serviços que tem a sua disposição, como mostra a observação a seguir

PROFISSIONAL: Eu vou fazer o curativo , vou passar uma atadura aqui para ficar bem fechado para não entrar sujeira. Mas vou deixar aqui amostra para ti cuidar se esta inchando e se esta ficando vermelho. Se ficar tu deve ir até o pronto socorro porque aqui não abre no fim de semana. Na segunda tu vem de novo para fazer o curativo para nós ficarmos avaliando.

PACIENTE: Eu fui no pronto socorro e lá eles fizeram o curativo só com soro e o médico me receitou isso (mostra a receita).

PROFISSIONAL: Isto é um anti-inflamatório e este é para dor.

PACIENTE: Há, tá mas doeu muito esta noite.

PROFISSIONAL: É porque ficou seco e a gaze grudou, não pode, tem ficar unido para não grudar e não machucar. Eu vou fazer o curativo com vaselina, porque aí fica úmido, não gruda, e aí não vai doer tanto. Mas se doer você toma o remédio que tem aí na receita.

PACIENTE: Muito obrigada por me explicar lá não me disseram nada, agora já sei. OBS3

Nesta observação fica clara a desinformação da usuária quanto ao seu tratamento, pela fala dela e sua expressão quando o profissional explicou qual a função de cada medicamento prescrito e de como fazer o curativo. Como é possível prestar um atendimento sem dar essas informações básicas, pela maneira como a usuária reagiu ela não sabia quais as medicações que tinham sido prescritas, nos levando a inferir que também não lhe foi perguntado se a mesma apresentava alergia quanto as mesmas, ou quais os efeitos que estas deveriam apresentar e seus efeitos colaterais. A paciente sente-se agradecida por uma informação que é seu direito, mas não só isso também é um dever dos profissionais.

Na fala a seguir isso também fica evidenciado, o profissional reconhece que os usuários chegam ao serviço desorientados,

A gente é bem voltado para ajudar e orientar. Fazemos o máximo para ajudar. (...) Eles (usuários) vem totalmente desorientados. (...) Nossos pacientes são muito sofridos, com muita dor, eles procuram, como eles vem do hospital sem orientação a gente tenta ajudar. Eles precisam de ajuda e a gente está ali para ajudar. É passada orientação. S1

A informação não é só fornecida ao usuário mas, também, a seu familiar, que é quem vai ajuda-lo em casa na realização do curativo

PROFISSIONAL: Esta ferida que você tem é por causa da dificuldade do retorno venoso, o sangue não sobe pela perna direito, por isso a perna fica tão inchada. Nós vamos fazer o curativo com uma pomada que vai ajudar na cicatrização, vai ajudar a fechar, nós vamos marcar uma consulta com o médico vascular para ele avaliar.

Em casa você precisa manter a perna elevada e não caminhar muito. Onde você mora?

PACIENTE: Moro aqui pertinho na Av. dos Industriários.

PROFISSIONAL: Ta, mas você pode vir aqui todos os dias para fazer o curativo?

PACIENTE: Posso.

PROFISSIONAL: Então você vem aqui, vem depois das 9h por que ai já esta mais vazio. Tu tens um familiar que pode te ajudar em casa para fazer o curativo?

PACIENTE: Tem meu marido.

PROFISSIONAL: Ele ta ai?

PACIENTE: Ta.

A profissional pede para outro profissional chamá-lo. Ele entre e se dirige ao local onde sua esposa esta.

PROFISSIONAL: Olha ela não pode fazer o curativo sozinha em casa porque o as ataduras para funcionarem tem que ficar bem apertadas para ajudar o sangue a circular e sozinha ela não consegue deixar. OBS 8

A profissional explica como se deve realizar o curativo mostrando e explicando passo por passo ao familiar isto faz com que ele também seja uma gente no tratamento do usuário e propicia a ele um espaço dentro do serviço que ele já possui no domicílio, o de cuidador. Ao final é entregue um folder explicativo confeccionado pelos profissionais para que caso o usuário ou o familiar venham a esquecer algo possam recorrer a ele. Este folder é um complemento da orientação oral e não é utilizado como fonte exclusiva de informação.

O direito a resolução dos problemas de saúde da população também é respeitado pelos profissionais. Nas observações foi possível constatar que os profissionais apresentam uma grande responsabilidade para com o usuário, não se limitando só ao seu serviço mas tentando resolver os problemas de saúde de forma integralizada, encaminhando o usuário para outros serviço quando o serviço de curativo não pode faze-lo.

Em uma das observações uma paciente se dirige ao serviço para realizar um curativo em sua perna esquerda, durante o atendimento o profissional começa a

indagar sobre a sua história de vida, a quanto tempo tem a ferida, como ela surgiu, etc, então a paciente refere que tem diabetes

PROFISSIONAL: Você faz tratamento? Toma medicação?

PACIENTE: Não

PROFISSIONAL: Você já foi no médico?

PACIENTE: Não.

A paciente começa a chorar e a dizer que não tem dinheiro, que não foi no médico e que parou de tomar a insulina.

O profissional então a acalma.

PROFISSIONAL: Olha aqui no posto tem médico de graça e com a receita pode pegar a medicação na farmácia. Eu vou te encaminhar para agendar uma consulta com o médico tu vai lá no agendamento, sabe onde é?

PACIENTE: Sei.

PROFISSIONAL: Tu vai lá e agenda o dia com este papel. Depois de consultar o médico vai te dar uma receita da insulina aí tu passa na farmácia que fica lá na frente e pega de graça certo. OBS 4

A resolução do problema passa pelo encaminhamento quando o serviço não consegue dar conta (MERHY, 1994), o profissional durante a interação, através da troca de informações detectou um outro problema, ao conversar sobre o assunto a usuária expôs o sofrimento em decorrência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a medicação, o profissional então demonstrando interesse e responsabilidade faz o encaminhamento a outro serviço para que a usuária consiga a consulta médica e a medicação, informando onde ela deveria se dirigir para realizar o agendamento e pegar a medicação.

Na entrevista isto também foi ressaltado S1 relata fazemos o máximo para que eles saiam satisfeitos. Essa satisfação dos usuários diz respeito a resolução de seus problemas, esta resolução no serviço pode ser a realização do curativo, o fornecimento de material, uma informação ou um encaminhamento.

4.2.2 Aspectos adversos aos direitos dos usuários

Embora os profissionais tenham referido em seus discursos o reconhecimento aos direitos dos usuários, na prática alternam-se momentos de respeito a esses direitos e, em menor número, situações que não estão em consonância com este respeito.

Apesar de, a equipe de enfermagem procurar realmente implementar o SUS, algumas ações ainda tendem para sustentação de práticas em desacordo com o respeito dos direitos dos usuário.

Quando nos remetemos aos direitos expressos na legislação, foi possível averiguar nas observações e em alguns relatos que os direitos ao acesso a materiais/medicação, preservação da autonomia, informação e resolutividade dos problemas de saúde, parecem não estar totalmente efetivados, apresentando, ainda, algumas ações que levam ao seu desrespeito.

O acesso a medicação/material é um dos pontos mais discutidos, não só no meio científico, mas em toda a mídia com sendo um dos princípios mais desrespeitados e difíceis de serem colocados em prática em nossa atual realidade.

Cada vez mais os serviços são solicitados pela população, contudo os recursos para a manutenção deste sistema não aumentam na mesma proporção. O que leva os profissionais, cada vez, terem de selecionar os usuários que receberão os recursos e de até mesmo suspenderem o tratamento.

Na observação a seguir é possível visualizar uma dramática realidade do nosso sistema de saúde, apesar de comprovadamente estar sendo eficaz a utilização da Bota de Unna no fechamento das úlceras de membros inferiores, até

mesmo com uma diminuição do tempo de tratamento mas, por falta de verbas a compra do material foi suspensa,

PROFISSIONAL: Olha nós não temos mais a bota para colocar porque não tem mais dinheiro para comprar, mas nos podemos continuar a fazer o curativo como antes.

O paciente fica desorientado com o fato.

PACIENTE: Puxa logo agora que já tava fechando, mas eles não vão mais comprar?

PROFISSIONAL: Nós estamos tentando ver, mas mesmo que sai o dinheiro agora ainda vai demorar uns três meses para nós voltarmos a colocar.

PACIENTE: Tu sabes outro lugar onde eles podem ta colocando?

PROFISSIONAL: Não sei, mas fica a teu critério, aqui nós podemos continuar a fazer o curativo como antes, tu podes procurar outro posto também não tem problema, podes também comprar a bota e aí nós colocamos. Tu é quem sabe.

O paciente diz que vai pensar mas esta desolado pois agora que tava fechando eles tiram isso dele. OBS 12

O usuário sente-se inconformado com a falta deste curativo, pela característica da lesão, essas demoram muito para fechar e levam a muito incômodo pelo odor desagradável, pela dificuldade de locomoção e para calçar um sapato ou para vestir alguns tipos de roupa, a Bota de Unna leva a uma cicatrização mais rápida, diminuindo o sofrimento desses pacientes.

O respeito ao direito de autonomia também apresentou em alguns momentos dificuldades de ser posto em prática. As relações na área da saúde sempre foram pautadas por um forte comprometimento do profissional com a beneficência, entretanto este princípio bioético foi exacerbado, levando a uma relação paternalista, onde o profissional se apropria do direito de decidir pelo seu paciente, estabelecendo o que é melhor para ele.

Em alguns momentos foi possível observar este tipo de relação no serviço, além de ser referido na entrevista com os profissionais

PROFISSIONAL: Qual pomada tu ta usando aqui?

PACIENTE: Não sei não. Mas você é quem manda.

PROFISSIONAL: Que é isso?

E fica assim o profissional escolhe a pomada não diz nada para o paciente e este vai embora sem participar e sem saber o que foi feito.
OBS 8

O profissional não desencoraja o usuário quando esse se mostra submisso as suas determinações. O papel paternalista fica evidente, já que quem decide qual tratamento será realizado é o funcionário e esse nem mesmo informa qual foi a escolha. O usuário parece ter sido destituído da sua condição de sujeito para uma posição de coisa, de objeto, sobre o qual outros, desconsiderando sua condição de pessoa, decidem o que é melhor para ele.

Durante as observações puderam ser evidenciadas nas ações adotadas pelos membros da equipe de enfermagem, uma postura de decidir pelo paciente, sem esclarecê-lo das reais condições que se encontra e sem consultá-lo sobre as ações tomadas, assim como, na postura adotada por muitos usuários que não costumam perguntar, questionar e nem opinar sobre os cuidados e tratamentos recebidos.

Nas entrevistas também apareceram questões ligadas ao desrespeito a autonomia, um profissional relata que este desrespeito está intimamente ligado ao modelo de saúde predominante em nossas instituições

Eu vejo que a gente está muito atrasado nisso, até pelo modelo de saúde que se tem eu até muitas vezes falo para os pacientes, tem até uns que eu considero pacientes mesmo usuários pacientes. Mas eu acho que a gente está muito atrasado ainda a nível de sistema, muito atrasado mesmo, nós não trabalhamos na maioria das vezes pensando na autonomia. S6

Mas mesmo assim eu vejo no discurso de muitas colegas, às vezes quando tu conversa com as pessoas e até meu também, tu tem uma fala mas uma prática diferente, tu fala não o usuário mas quando tu vê a pessoa fazendo a prática é conservadora, eu me coloco nisso também (...) nós também reproduzimos isso. S6

O modelo hegemônico em nosso sistema de saúde é o médico-privatista fortemente marcado pela tomada de decisão centrada no profissional. O profissional

acima expõe este fato, e afirma que apesar de reconhecer o direito na prática é difícil de abandonar a formação conservadora.

A utilização da pia para lavagem dos pés e pernas também apresenta discordância entre os profissionais. Apesar de ser um meio de propiciar maior autonomia dos usuários, com sua participação, alguns funcionários ainda apresentam uma certa dificuldade para aderirem

a maioria tem dificuldade tanto quanto eu de botar sentado ali para fazer, porque acha mais prático e mais limpo lavar na bacia, ali molha tudo (...) a gente sempre lava na bacia fica uma coisa mais higienizada embora não seja esterilizada mas a gente lava passa álcool então nós tínhamos uma certa resistência (...) pessoal do outro turno acha mais prático, eu acho mais fácil quando a gente coloca ali na bacia .S6

Atualmente, a necessidade de estímulo à participação do paciente no seu cuidado é bastante enfatizada, mas, até que ponto, a opção do usuário, seu desejo e vontade são reconhecidos e respeitados? Percebemos que, na maioria das vezes, o auto-cuidado é bem aceito quando favorece a adesão ao tratamento proposto, quando há uma melhora no estado de saúde do paciente ou quando há diminuição da frequência de complicações. Porém, como reagem os profissionais da saúde quando a vontade do usuário difere do esperado por eles?

Dessa forma, as decisões do usuário podem não coincidir com as do profissional. Goldim (2002) alerta que quanto melhor o vínculo entre eles, maior o conhecimento e menores as possibilidades de conflitos de interesse.

De acordo com Soares (2000), quando os usuários se recusam a receber determinado cuidado e tentam exercer sua cidadania, reivindicando o exercício de seus direitos, geralmente os profissionais da saúde lançam mão de mecanismos disciplinadores, desencadeando um processo de recriminações e de não apoio a

eles. Os usuários passam a ser rotulados de "cliente chato", "cliente rebelde" como na observação e na fala a seguir

Um paciente com úlcera em tratamento há mais de nove meses chega rara fazer o curativo. Durante a realização ele afirma:

PACIENTE: XX, tu coloca aquela pomada para coceira só nos pontos vermelhos da perna e coloca mais fita para colar a atadura porque se não ela desse e fica frouxo.

O profissional da uma risada e diz.

PROFISSIONAL: Pó YY, tu é exigente e chato com teu curativo.

O profissional acaba passando a pomada em toda a perna e passa a atadura e coloca fita em todos os lado. OBS 4

Tem alguns pacientes que a gente considera chato mesmo, por exemplo o XX, embora ele seja um paciente, ele é bem, neurótico até poderia dizer, com suas coisas, então tem vezes que assim que nem tem uma dobrinha, mas ele diz olha ali a dobrinha, olha não sei o que. Se tu vê o jeito que ele corta o esparadrapo são umas coisinhas assim, não é nem, economia mas umas coisas assim detalhista e mas eu fico assim, embora a gente até ache ele chato, eu gosto um monte dele, apesar de achar que ele é um paciente chato. S6

Outro fato relevante é que para a equipe de saúde intervir no corpo do paciente, seja durante assistência ou em pesquisas, torna-se necessário o seu consentimento. Porém, o que podemos constatar é que a prática do consentimento informado não ocorre

Por exemplo neste o momento que a gente esta trabalhando com o teste desses materiais, muitas vezes eu fico pensando, embora eu ache que a gente esta disponibilizando uma tecnologia nova que provavelmente vai melhorar, a questão da opção deles é zero entendeu. É aquilo que tu colocou ontem, olha a gente isso aqui, como ele vai dizer que não, sei lá se o senhor acha que é o melhor pra mim entendeu. Eles vão muito na confiança, mas na verdade é complicado isso né eu tenho isso muito claro. Bom e daí, então a gente não pega os materiais e tal, porque a gente só conseguiu esses materiais que estão melhorando porque a gente testou neles, a gente comprou o hidrocoloide meio nas escuras, pela bibliografia pelo que todo mundo diz que é maravilhoso daí nós compramos e começamos a usar quer dizer não é muito diferente que estar usando esse de outro laboratório né, mas é complicado. Eu até disse não a senhora topa porque eu fico meio, mas eu vejo que assim, o WW mesmo meio que empurra não vamos, mesmo assim os que assinaram a Dona VV e a outra KK assinaram mas sabe então eu acho que aqui no Centro de Saúde mesmo a gente tem uma preocupação com essa questão da autonomia mas acho que a prática ainda é extremamente conservadora, com algumas exceções que da pra contar nos dedos. S6

Fica exposta no relato uma situação muito comum em pesquisas na área da saúde: a dificuldade de se ter uma decisão autônoma quando o profissional que trata do paciente solicita ao mesmo que participe de uma pesquisa. Por questões relativas ao constrangimento torna-se difícil para o usuário negar uma solicitação feita por seu médico ou profissional de enfermagem, até mesmo pelo vínculo de confiança que se estabelece entre ele.

Também se evidencia o fato de não ser solicitado o Termo de Consentimento para pesquisa como o estabelecido pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que exige o preenchimento de uma autorização por escrito dos participantes. O que pareceu ocorrer na prática é que pesquisas feitas com o propósito de testar materiais já aprovados pelo Ministério da Saúde para a compra por uma instituição não é solicitado o consentimento do usuário, entretanto, a autorização deve ser solicitada.

Para Lunardi (1998), o preenchimento do Termo de Consentimento deve ser, também, um espaço para o fornecimento de informações, esclarecimentos que favoreçam a tomada de uma decisão autônoma, ao contrário do que se tem vivenciado, ou seja, apenas uma exigência legal, o cumprimento de uma formalidade que preserve a equipe e o hospital de possíveis questionamentos legais. Por outro lado, como já referido, este documento não isenta os profissionais de solicitarem dos pacientes e/ou de seus familiares, quando em situação de incapacidade, sua autorização informada para a realização em seu corpo de procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou de cuidados.

O desrespeito aos direitos do paciente no que diz respeito à falta de informações, encontra-se bastante presente nas instituições de saúde. O usuário deixa de ser esclarecido e consultado pela equipe de saúde levando a uma prática

paternalista, na qual o profissional da saúde decide "o que é melhor para o cliente, sem dar-lhe a chance de decidir o que é melhor para si" (SOARES, 2000, p.40).

O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem também ressalta como deveres dos enfermeiros, através do Cap. IV, artigo 26: "Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer" (COREN-RS, 2001, p.36).

Um dos profissionais relatou que o acesso a informação ainda pode melhorar. Em alguns momentos durante a assistência, pude observar que os pacientes entravam para realizar o curativo de úlcera e o profissional dava bom dia e não fala mais nada, o usuário ia embora após a realização do curativo sem ocorrer nenhum tipo de interação dialógica

...mas é eu vejo assim muita coisa que ainda pode melhorar, principalmente em relação ao acesso a informação A gente eu acho que, eu às vezes fico pensando, às vezes eu acho que a gente faz muito e tem outras vezes que eu acho que a gente deixa, eu me dou conta que a gente ainda pode fazer melhor. S6

Uma criança vai realizar curativo no calcanhar em decorrência de um ferimento por prego enferrujado. O profissional pede que ele se sente na maca, não explica nada do que vai realizar. Ele chega com uma agulha para fazer a limpeza. A criança olha para a agulha e retira o pé de cima da maca.

PROFISSIONAL: Coloca o pé de novo ali em cima e não mexe.

A criança olha para o profissional e depois olha para a mãe.

MÃE: Filho coloca o pezinho de novo ali e faz como ele mandou.

Durante a realização do curativo o profissional não explica nada não diz o que esta usando no ferimento, nem tenta acalmar a criança que esta nitidamente com medo. OBS 5

A observação citada reflete uma cena comum em muitos setores da saúde: a falta de comunicação entre o profissional e o usuário. A criança estava com medo pelo fato de não saber o que o funcionário iria fazer com a agulha, se antes de mostrá-la ele tivesse orientado sobre a assistência que iria realizar, o menino, talvez, não teria tido a reação de retirar o pé e poderia estar mais calmo durante o curativo.

De acordo com Lunardi (1998, p.658), a enfermagem é reconhecida como uma profissão da saúde, a qual deveria ter compromisso de colocar a disposição do usuário seu saber e a sua competência, informando-o, esclarecendo-o sobre a assistência a ser prestada, para que este se responsabilize por si e decida, de forma autônoma.

O atendimento a um número grande de usuários dificulta o repasse de informações

...só que muitas vezes não dá tempo, a gente não consegue dar as informações que eles precisam e merecem, às vezes esta muito corrido, ou tem pacientes que são muito demorados ai o outro fica lá um tempão esperando ai é atendido rápido e não dá tempo. S5

Neste relato podemos detectar circunstâncias administrativas de uma relação pouco dialógica entre a enfermagem e os usuários. De acordo com Soares (2000), este fato pode ocorrer por diferentes motivos, como por exemplo os profissionais não priorizarem e não reconhecerem o valor e a importância da interação e da comunicação entre usuário-enfermeira, do ouvir o paciente e do buscar estratégias, juntamente com ele, para resolução dos problemas.

A maioria dos curativos realizados pelos profissionais são de úlcera. Durante a realização do mesmo, pude observar a falta de uma conversa dita terapêutica, com troca de informações que realmente sejam efetivas. A maioria destes casos de lesões são recidivas o que pode mostrar a falta de conhecimento por parte dos pacientes.

Este fato pode ser averiguado também na fala de um dos profissionais

A gente acaba trabalhando pouco com ele o problema que ele tem. Então, como que a gente fala muito da lesão. Esta melhorando esta indo, mas não esta trabalhando o porque o que faz melhorar. O que eu esta tentando explicar ali para o seu XX (usuário). S6

Miranda (1997) considera a comunicação com o paciente parte essencial do processo terapêutico. O processo do relacionamento terapêutico desenvolve-se durante todo o tempo em que as pessoas permanecem em interação. Geralmente, é nesse momento que o paciente compartilha conhecimentos sobre si mesmo que tenham significados e o enfermeiro, escutando cuidadosamente e interpretando inteligentemente, passa a conhecer os pensamentos e sentimentos do usuário acerca da doença, podendo agir com base nestes fatos citados. O usuário participa do processo em que está envolvido, passa a entender a relevância dos cuidados que está recebendo e suas possíveis conseqüências.

Gauderer (1998) afirma que a informação e o conhecimento são os meios que permitem a perpetuação das relações democráticas. A falta de informação, caracterizada como ignorância, permite ações abusivas, de exploração, subjugação e dominação. Para que as pessoas possam cuidar bem de si, administrar o seu corpo torna-se necessário manterem-se bem informadas e lutar por seus ideais e pelo que acreditam.

4.2.3 Dificuldades para efetivar os direitos na prática

Quando analisamos a prática dos profissionais, procurando conhecer como a equipe de enfermagem procede em relação aos direitos do cidadão usuário SUS, foram ressaltados durante as entrevistas dificuldades para se efetivarem estes direitos. As dificuldades estão relacionadas ao serviço, aos profissionais e aos próprios usuários.

4.2.3.1 Dificuldades relacionadas ao serviço

Durante a entrevista quando os profissionais eram indagados sobre como era por em prática o respeito aos direitos dos usuários, uma das dificuldades relatadas está relacionada com o direito a universalidade, ao acesso de portas abertas, onde todos os cidadãos têm o direito legitimado por lei a ter acesso aos serviços de saúde.

Com a implantação do projeto de assistência específico aos pacientes com úlcera foi possível comprar curativos especiais para o tratamento destas lesões e, com um novo posicionamento dos profissionais que se comprometeram em colocar os princípios do SUS em prática, o atendimento passou a apresentar melhor qualidade levando a um aumento de usuários que recorrem ao serviço.

Apesar desses aspectos serem considerados bons, pois facilitou o acesso funcional e econômico (ADAMI, 1993 e UNGLERT, 1995), o aumento no número de atendimento passou a ser considerado como um fator dificultoso para a prestação de uma assistência com qualidade

Outra coisa é o número de pacientes que tem para cada profissional, acho que isso aí tem que ter um, não é fechar a porta não é isso, mas para ter um bom atendimento também tem que ter um, uma hora tu vai ter que dizer olha não dá mais, se não tu vai só limpar banco. Então é só a técnica e assim mesmo daquele jeito. Então isso aí tu tem que controlar a demanda tantos pacientes não dá para ti não fazer aquele só limpa banco. Isso aí, é que eu, só não pode ter um número muito grande de pacientes tem que ser poucos para isso (atendimento de qualidade). S3

... porque tu viu ali que o atendimento é (faz uma sinal de corrido), especialmente quando é o atendimento com o vascular. Então é, as vezes eles tão com a gente ali é que eles falam há eu tenho muita dor, eu quero um remédio para dor, é a gente às vezes fica muito, às vezes me dou conta que as vezes a gente fica muito mais envolvida com a técnica do que, porque é impossível tu ficar o tempo inteiro, pensando em todos os detalhes (...) no momento que a gente começa a tender “bastantão” assim, começa assim a limpar banco

deixa de fazer essas outras coisas, que seriam entre aspas perfumarias né, mas que são as perfumarias que são realmente, tu passa a tapar buraco, fazer curativos vendo só a lesão S6

Acho que o volume de atendimento interfere, acho que não tem que atender pouco mas quando fica muito atendimento cai a qualidade, não da técnica, mas essa outra coisa que acompanha dar atenção, comunicação. S6

Neste sentido, percebe-se que condições que são utilizadas para beneficiar o usuário, como a “abertura” sem adscrição prévia ao programa podem tornar-se barreiras para os propósitos da equipe de educação para a saúde. Chammé (2002, p.7) expõe que “tal condição traduz ações cumpridas, mas não referendadas, ou seja rotinização e automatização de condutas...”.

Como referido, quando o número de atendimentos é grande, o tempo despendido para cada usuário é bem menor, os profissionais acabam por neste tempo reduzido realizar somente a técnica rapidamente, com o propósito de atender a todos e de não deixar que os usuários fiquem esperando por um longo período. Nesse atendimento corrido, espaços para comunicação parecem ficar reduzidos e até mesmo nulos deixando a assistência impessoal e meramente tecnicista.

Outra dificuldade diz respeito a falta de articulação entre os setores e instituições. Um dos profissionais relatou que freqüentemente quando encaminha os usuários a outros serviços esses não são atendidos ou são encaminhados a um terceiro. Os pacientes ficam desorientados, indo de serviço em serviço sem obter resolução de seus problemas

falta comunicação entre os serviços, entre postos, entre poderia ter alguém lá que realmente ele fosse atendido não vá voltar aqui ou de lá vão mandar pra outro lugar. Acho que a coisa mais certa que tem é isso é a pessoa chegar num lugar não ser feita de boba, porque eu acho que os funcionários não tem essa intenção, mas que tenha certeza tu acha e tu vai mandando no acho, acho e a pessoa passa o dia inteiro caminhando de unidade em unidade e não resolve o problema. Eu acho que nas unidades tinha que ter mais coordenação, o pessoal dos guichês mais coordenação repassar isso

ai pra todo mundo pra saber pra onde encaminhar pra que realmente seja resolvido o problema dele. S3

...encaminhando para algum lugar com uma coisa certa, já que aqui não fazem o serviço em outro lugar faz, mas se fosse uma coisa que chegasse lá e não ficasse pipocando de um lugar para outro. Porque a gente diz o senhor vai lá no guichê fala com fulano que ele resolve, chega lá não, não é assim que funciona porque não funciona assim, a pessoa não trabalha lá não é repassada essa informação para nós aqui então a gente termina encaminhando uma pessoa para um lugar entende. S3

Eu até tenho muito receio de saúde pública de SUS essas coisas mais é por isso porque eu sei que fica nessa vai pra lá vai pra cá eu acho isso ai a pior coisa que tem. S3

E acho que o que dificulta essa questão dos direitos é um pouco da dificuldade de informação que nós temos também, pra onde tu encaminhar, quem faz tal coisa. S6

Ao analisar estas condições referentes ao acesso mal sucedido, pode-se perceber aspectos inoperantes de sua dimensão técnica. Para Giovanella e Fleury (In ASSIS, VILLA e NASCIMENTO, 2003, p. 816) essa exprime “por um lado, a utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento e, por outro, a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização (que recursos dispõe), o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido”.

Os profissionais expõem que não existe articulação e comunicação entre os setores. Eles relatam que os próprios profissionais desconhecem o funcionamento dos serviços disponibilizados pelo SUS o que leva ao encaminhamento dos usuários a locais que não resolvem seus problemas.

O direito ao acesso a medicação/materiais é reconhecido pelos profissionais. Todavia, a falta de verbas para a aquisição de curativos especiais faz com que sejam estipulados critérios de seleção para a utilização dos mesmos

Então, embora, tenha ai questões, nós temos curativos de hidrocoloide, mas ele não esta acessível a todas pessoas que vem fazer curativo, só aos pacientes de úlcera né, que são os pacientes que as lesões são mais complicadas, mais demoradas, então nessas a gente coloca o máximo de, que a gente puder ter disponível. S6

Acho que não há muitas alternativas de escolha, até porque não temos material na quantidade, o que acontece é que o doutor avalia o tipo de lesão e diz o curativo que a gente vai usar de acordo com a necessidade da lesão com o comprometimento. S2

Essa falta de material também dificulta no direito a autonomia dos usuários, pois só pode existir escolha quando há mais de uma alternativa, no caso dos curativos isto não existe, pois só está disponibilizado a alguns pacientes o curativo simples, não permitindo a ele o direito de decidir sobre qual queira utilizar.

A equipe de enfermagem do serviço de curativo demonstra unicidade, todos procuram agir de maneira consoante com o respeito aos direitos dos usuários, porém formar uma equipe que propicie isto é difícil de se manter, pois quando a coordenação nota que o serviço está sendo bem feito procura transferir os funcionários para outras unidades para expandir esta qualificação a outros setores

Então eu vejo que a gente dá um salto pra frente e dá uns pra trás nessas questões. Não se consegue uma equipe de trabalho porque na área da saúde tem uma mudança muito grande, então quando esta funcionando quando está ficando super legal o curativo tu é convidada, a (profissional) está fazendo um trabalho bom vamos convidá-la pra (outro setor), e aí o que acontece eu tenho um trabalho muito bom aqui, necessariamente não vou ser uma boa (em outro lugar), aí eu não sei nada (do novo setor), como o pão que o diabo amassou ali faço um monte de coisa errada, me desgasto e aí aqui perdeu. Se tu não tem uma equipe pra continuar fazendo isso ou vai parar onde tava ou vai tomar outro rumo. Então isso mexe muito com as equipes, e aí tu dá um salto pra frente outro pra trás, de certa forma é bom né mas às vezes atrasa um pouco as coisas. S6

O profissional relata que o rodízio ou transferência de funcionários a outros setores ou para coordenar um posto dificulta a efetivação dos direitos na medida em que, quando se consegue uma unidade em que os profissionais trabalhem de forma efetiva para a preservação dos direitos e pelo bom trabalho desenvolvido, a enfermeira acaba sendo deslocada e a equipe se desarticula.

4.2.3.2 Dificuldades relacionadas ao profissional

Para que os direitos sejam efetivados é necessário que os profissionais se comprometam com isso, muitos fatores estão relacionados intrinsecamente a eles, dependendo de sua atuação. Uma das dificuldades relatadas diz respeito a omissão de profissionais que por falta de interesse ou responsabilidade não procuram assumir uma postura de respeito aos usuários

... se consegue muita coisa mostrando o que é bom não se faz nada empacando, tipo assim, eu vejo muito na minha vida muitas vezes eu chegava ninguém te ouvia na tua frente diziam não esta tudo bem, só que a prática não mudava, as pessoas continuavam atendendo mal o usuário ou dizendo que não tem aqui coisa que tem. S6

Nos outros lugares eles não fazem (curativo), por falta de interesse de fazer alguma coisa pelo paciente. S1

Só que é difícil, tem pessoas que não querem, tem uns que não querem outros porque não tem conhecimento daquilo ali, tão acomodados ficaram naquilo ali parados, e vão levando esperando a aposentadoria sabe. Ai não adianta tu não vai conseguir nada. S3

Sendo o objeto do trabalho da enfermagem a assistência ao usuário, é para com ele que devemos ter a maior responsabilidade quando realizamos nossa tarefa. Os profissionais trazem informações de outros locais, como citado acima, expondo que alguns profissionais se omitem afirmando que não realizam curativo, assistência esta contida dentro das atribuições da enfermagem por comodismo, como forma de esquivar-se da responsabilidade de fazer alguma coisa pelo paciente.

A dificuldade em respeitar os direitos também pode ser em decorrência da falta de conhecimento dos mesmos como referido pelo profissional na última fala e ressaltado por S1 que quando indagada sobre os direitos declarou ... sei pouca coisa. O desconhecimento nos remete ao fato de estes profissionais não estarem

sendo bem capacitados para atuarem, pois tais direitos estão presentes no texto da Constituição na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (BRASIL, 2000).

Um dos profissionais informou que uma das dificuldades para efetivar o direito a informação estava relacionado a maneira de passar esta informação para os usuários. Estas dificuldades estão ligadas a linguagem utilizada e a hora e o jeito certo para repassar

...nem todos conseguem entender até porque nem sempre a gente consegue passar a informação de uma forma compreensível. Porque a gente tem esse vício de falar a porque a úlcera, porque os vasos. S6

Primeiramente é importante ressaltar que o uso de jargão e linguagem técnica dificulta a comunicação, pois raramente, os pacientes compreendem bem estes termos complexos. Os profissionais utilizam uma linguagem técnica para poderem comunicar-se com precisão entre si e, por vezes, não percebem que os usuários não compartilham de sua aprendizagem (TAYLOR, 1986 e SILVA, 2002).

Depender da boa vontade dos outros profissionais é uma dificuldade relatada por um dos funcionários. Apesar de ser uma atribuição a todos para realizarem determinada assistência, em alguns serviços só alguns o prestam fazendo com que haja uma oscilação no atendimento, quando um determinado profissional está de plantão é realizado, quando esse não está, os outros não fazem

A dificuldade que eu encontro não defendendo o nosso setor aqui, mas é nos outros não em todos mas em algum em que isso ocorre dependendo muito da boa vontade do profissional que ta lá, não existe uma rotina não é assim quando o profissional não esta de plantão o serviço não funciona da mesma forma, o paciente vai e uma hora eu faço tal coisa outra eu não faço. Isso eu acho dificuldade, tu ficar assim ao bom humor de alguém, tem que ser que nem a gente aqui, a gente faz conversa, todo mundo fala a mesma língua. S3

Se um determinado serviço se dispõe a realizar determinados procedimentos todos os profissionais que ali atuam deveriam ter uma unidade em seu trabalho, atuando de forma em conjunto de modo que este serviço possa ser referendado como prestador desta assistência. De forma contrária, profissionais de outros serviços têm dificuldade para encaminhar seus usuários, pois ora eles podem ser atendidos ora são negligenciados.

4.2.3.3 Dificuldades relacionadas ao usuário

Os profissionais mencionaram, além das dificuldades referentes ao serviço e aos próprios profissionais para efetivação dos direitos, dificuldades relacionadas a própria condição do usuário.

Primeiramente podemos destacar o acesso econômico do usuário ao material/medicação para a prevenção da formação das úlceras em membros inferiores. As meias para compressão são utilizadas para o auxílio do retorno venoso das pernas, recurso esse, essencial para evitar que as úlceras se formem novamente. Entretanto, grande parte dos usuários que freqüentam o serviço têm baixo poder aquisitivo, e como as meias têm um valor relativamente alto para estes usuários, sua compra fica restrita

... mas a grande maioria das vezes tem o problema das meias que é muito caro. S1

Sendo de tamanha importância para a promoção da saúde, e em vistas do alto custo financeiro e social que este tipo de lesão acarreta, era de se cogitar que

este material também fosse fornecido pelo SUS para eles, que não podendo comprar levam conseqüentemente a um grande chance de recidiva.

A autonomia como salientado anteriormente, é hoje parte fundamental de qualquer relação sendo ponto importante e preconizado na assistência prestada no setor de curativos.

Entretanto, uma dificuldade para por em prática este direito esta relacionado a passividade do usuário que, mesmo estimulado assume uma posição de submissão, esperando que os profissionais façam tudo. Os usuários, muitas vezes, não assumem participação ativa no seu próprio tratamento, colocando-se na posição de um mero objeto de trabalho da equipe

Então, mas acho que também tem a ver com a questão da participação quanto mais passivo é o paciente, esperando que a gente faça todas as coisas, mais, maior dificuldade tem de receber alta e se manter fechado (a úlcera). S6

Esta passividade e conformismo referida pode-se dar por vários motivos, tais como: a desinformação acerca dos seus direitos como cidadão e dificuldade de acesso ao serviço público, o que o faz considerar-se "grato" por ser atendido, entendendo esta assistência como um "favor" prestado pela equipe de saúde e não como um dever enquanto instituição credenciada junto ao SUS.

Segundo Soares (2000) o paciente muitas vezes assume durante o processo de tomada de decisão uma posição submissão frete ao sugerido pela equipe de enfermagem, ficando a própria denominação "paciente" entendida como aquele indivíduo que não tem participação ativa em seu cuidado; é aquele que, pacientemente, espera, aguarda a decisão de terceiros.

Percebemos que muitos usuários, possivelmente por temor frente às possíveis ações de represália de profissionais que os atendem, não costumam falar

o que pensam, não lutam pelo que acreditam, conformando-se com a situação vivida e, com isso, negando seus direitos.

Os profissionais apresentaram ainda como empecilhos para por em prática os direitos relacionadas ao usuário pela dificuldade deles em lidar com sua doença,

Mas eu acho assim que muitas vezes eles não absorvem muito essa informação então tem uma dificuldade de lidar com esse problema como é um problema crônico como um diabetes um hipertenso ele sabe que é mas ele vai levando, então ele tá muito mais preocupado com a ferida a lesão em si do que porque que causa. Alguns até perguntam porque que faz porque que não melhora. S6

A etiologia da úlcera é a dificuldade de retorno venoso, que causa estase venosa nos membros inferiores levando a abertura das úlceras, trata-se de uma doença crônica que muitas vezes parece invisível em certos momentos, o que faz os usuários a se deterem quase que exclusivamente a lesão que é aparente e não cuidam da causa verdadeira.

Os profissionais ainda constataram que a questão do desconhecimento anatomofisiológico torna-se limitante à realização dos procedimentos e para o exercício do auto-cuidado terapêutico que necessitam desenvolver em casa

Eles (usuários) não tem a menor noção da anatomia, o que é, porque que apertando (atadura) faz (compressão) , porque fazendo a compressão melhora. S6

... mas nem todos fazem, bastante pacientes não fazem então dá até para dizer que o próprio paciente o fato de não haver evolução no tratamento ele faz coisas erradas, a gente recomenda repouso, recomenda o curativo tem uns que não fazem outros fazem errado ou deixam solto ou apertam demais daí não tem o resultado esperado. S2

Em relação ao primeiro relato podemos referir que a maioria da população não conhece seu corpo, nem o funcionamento do mesmo, sem estas informações prévias as orientações quanto a maneira de realizar o curativo e as recomendações para a prevenção de recidivas é quase nula.

É necessário que antes de fornecer tais orientações seja realizada uma sondagem com o usuário para verificar o seu conhecimento quanto ao seu corpo, somente após o usuário possuir as mínimas informações sobre sua anatomia e fisiologia é que deve-se passar as orientações específicas da lesão.

Quanto ao segundo relato o fato pelo qual os pacientes não seguem o tratamento ou realizam as recomendações de forma errada estão relacionadas, também, ao fato de os usuários desconhecerem o porquê de as ataduras serem apertadas ou de terem de realizar repouso. Se os mesmos soubessem a etiologia das úlceras ficaria mais evidente a razão pela qual devem seguir as orientações dos profissionais.

Não só o desconhecimento irá interferir no momento do repasse de orientações, para Chammé (2002, p.11) a “consciência veiculada entre corpo x ameaça de risco x doença x morte tem delineado imaginários e representações dos sujeitos já inseridos no conhecimento processo de Educação para a doença”. O modo como construímos a representação de nosso corpo e doença é estabelecida socialmente e irá interferir na maneira que iremos nos cuidar e na forma como correlacionamos este saber aos do profissional e a adesão ou não ao tratamento proposto.

Um ponto que ficou bem evidente nas observações e no relato dos profissionais é que grande parte dos usuários estabelecem vínculo não com o serviço e os profissionais mas com o fornecimento de material

Eles mantêm um vínculo, mas quando falta, como por exemplo, agora ficar sem Bota eles vão atrás da onde tem, mesmo que o vínculo esteja aqui, mas eles estão, é difícil tu, é os que tem maior, mais condições por exemplo de fazer essa busca eles migram e daí vem pra consulta e tal então a gente já teve em outros momentos assim, de que nós perdemos pacientes que eles vão. Agora o Hospital XX fechou e um monte de gente vem pra cá. Se o XX

abrisse talvez muitos que já estão vinculados aqui não voltassem para lá. A falta de materiais faz com que os pacientes migrem. S6

Os usuários recorrem ao serviço que lhes proporciona o material que estão necessitando. No caso dos pacientes com úlcera, a Bota de Unna tem demonstrado bons resultados no fechamento prematuro das lesões, o que leva a uma procura intensa deste material.

Seu valor no mercado fica em torno de R\$ 40,00 (quarenta reais), calculando que a mesma deve ser trocada a cada semana isso acarreta em cerca de R\$ 160,00 (cento e sessenta reais) por mês, o que corresponde a 66,66% do salário mínimo estipulado pelo governo federal e 51,28% do governo estadual.

Lembrando que a maior parte da população que recorre aos serviços de curativo oferecidos pelo SUS é de baixa renda, a aquisição do curativo Bota de Unna fica quase que impossível, levando os usuários a procurarem qualquer serviço que disponibilize este recurso de graça. Isso justifica o intenso vínculo que os usuários estabelecem com o material e não com os profissionais. Sendo responsabilidade do Estado garantir a distribuição planejada destes recursos, disponibilizando-o a população de acordo com sua demanda e necessidade (ASSIS, VILLA e NASCIEMNTO, 2003).

A participação na adesão ao tratamento de úlceras apresenta algumas barreiras para sua efetivação. Questões sociais, como o desemprego, e emocionais, como a falta de afeto, servem de justificativas para a manutenção da lesão e a não aderência ao tratamento

... sabe que ele nem quer que feche aquela ferida, ele precisa dela por uma série de coisas um cara que recebe uma pensão porque ele tem aquela ferida ele tem aquele problema dele, ele pode receber um auxílio financeiro por aquilo ali, é complicado isso ai. S3

Tem uns que tem um desejo muito grande de ser curado. Agora tem outros que não, porque querem ter um vínculo afetivo. S1

Em uma sociedade em que os índices de desemprego sobem a cada mês, onde uma parcela razoável da população se encontra no mercado informal, onde os ganhos são instáveis, a chance de se obter uma renda fixa leva os cidadãos até mesmo a manter uma lesão para recorrerem a uma pensão previdenciária. Muitos pacientes permanecem no serviço realizando o curativo regularmente, mas quando a lesão está próxima de fechar, eles somem e retornam após algumas semanas com a úlcera em tamanho maior do que na última recidiva, tudo para manter a lesão e conseqüentemente a pensão.

Outros usuários, pela carência afetiva e privação de uma rede de apoio estável, por não recebem atenção de seus familiares ou amigos, na percepção da equipe de enfermagem, mantêm a lesão como uma forma de receberem carinho e de ter alguém preocupado consigo.

4.3 TEMA TRÊS: ALVITRES PARA A PRESERVAÇÃO DOS DIREITOS DO CIDADÃO USUÁRIO SUS

Frente ao cenário descrito nos temas anteriores, os profissionais da equipe de enfermagem do serviço de curativos apresentaram ações que já estão sendo e que poderiam ser reproduzidas em outros serviços, como forma de preservação aos direitos dos usuários. Assim como, sugerem também proposições de estratégias que levariam a um exercício profissional mais comprometido com os preceitos éticos da profissão e a doutrina do SUS, e com a efetivação e perpetuação dos direitos dos usuários.

Convém salientar que as ações aqui expostas pelos profissionais apresentam uma visão utópica positiva, ou seja, segundo Japiassu e Marcondes citados por Figueiredo, Brito e Botazzo (2003, p.761), originalmente, o termo utopia é de Tomas Morus que o propôs em 1516, onde este apresenta

Um sentido mais amplo, utopia designa todo o projeto de uma sociedade 'ideal, perfeita'. O termo adquire um sentido pejorativo ao se considerar esse ideal como irrealizável, e, portanto, fantasioso. Por outro lado, possui um sentido positivo quando se defende que esse ideal contém o germe do progresso social e da transformação da sociedade.

Vendo a utopia como propõe Mannheim, um ideal orientado para a transformação da realidade presente, "é que consideramos o conceito como parte necessária, e indispensável a uma proposta de mudança, uma vez que aponta os rumos da transformação a partir do real" (FIGUEIREDO, BRITO e BOTAZZO, 2003, p.761).

4.3.1 O contexto atual de preservação aos direitos dos usuários

Quando analisamos a realidade em que os profissionais estão inseridos muito podemos notar que já se fez para que os princípios, conseqüentemente os direitos dos usuários do SUS, fossem implementados e, não só isso, mas que fizesse parte de todo o cotidiano, sendo transmitido até mesmo para os usuários que percebem a diferença do atendimento prestado neste serviço em comparação a outros.

Um dos pontos principais que pode ser citado é o comprometimento dos profissionais em respeitar os usuários enquanto pessoas e cidadãos detentores de direitos que merecem ser respeitados, como podemos ver na consonância dos discursos a seguir

a gente convive com os pacientes (...) é respeito ao ser humano. S1

É olhar as pessoas, não é um objeto, não é uma ferida que vem, é uma pessoa que esta aqui. É a Dona Maria que esta chegando, não é a úlcera, a gente não se refere a ferida, a gente se refere a pessoa quando a gente fala, a gente sabe o nome dos pacientes, um pergunta para o outro como foi quando um não vêm, isso tudo, esse envolvimento que a gente tem, a preocupação, e depois quando um paciente tem alta todo mundo fica feliz, então a gente não faz só por fazer. S4

A gente tem muito respeito pelas pessoas acho que isso é que é diferente. A gente se interessa e fica feliz com a recuperação dele (usuário), tem uns que já estão curadinhos e não saem daqui. (...) Ta então senta aqui coloca o pé na mesa, com jeitinho, nada de arrancar tudo de uma vez que chega a sangrar, meu Deus não posso com isso, com jeito, ir explicando, colocando a medicação, amanhã volta de novo, até sarar. Não é nada ensaiado, decorado, não é. S5

Eu acho que o primeiro requisito é mais que técnica é essa sensibilidade seria a percepção que se esta tratando com gente, embora exista uma lesão. Qualquer pessoa faz um curativo, pode fazer tecnicamente mal, mas faz. Eu acho que, quando a pessoa chega aqui ela tem um furo na sua proteção, ela não esta protegida, ela não tem pele, esta com o corpo exposto. Então eu acho que principalmente ter a sensibilidade de perceber isso que aquela pessoa esta fora de sua normalidade, ela não esta integra. Então é, perceber isso, poder entender mesmo que aquele paciente chegue aqui, é raro isso acontecer, mas às vezes ele esta de mau humor ou mesmo a gente tendo feito tudo dentro da técnica eles reclamam dizem que não esta bem feito, tu te dar conta que essas coisas são além da técnica. S6

O respeito ao ser humano é imprescindível para qualquer trabalhador na área da saúde, lidamos com vidas humanas que merecem todo o respeito. Respeitar é olhar para pessoas e não para lesões, tratando de usuários com lesões e não de lesões em usuários, é estabelecer um vínculo de confiança e empatia, é perceber que lidamos com pessoas que possuem sensibilidade, que sentem dor, que são frágeis e que nos procuram porque estão precisando de nossa ajuda.

O respeito ao usuário passa pelo reconhecimento que o outro necessita de algo e, quando nós compartilhamos o sofrimento do outro somos capazes de identificar essa necessidade. Goldim, (2000) ressalta que a empatia é um sentimento

que vincula as pessoas umas com as outras, é recusar a indiferença frente ao sofrimento do outro e procurar fazer algo que possa amenizá-lo.

Os profissionais atuam em um serviço público, que como sabemos está sucateado, enfrentando grandes problemas quanto ao financiamento para manutenção da prestação de uma assistência mínima e preconizada.

Para se conseguir recursos materiais de modo a conceder o direito ao acesso aos usuários é preciso negociar com a coordenação, mostrar o que está se fazendo em prol dos usuários e as suas necessidades

... pode às vezes até faltar alguma coisa para ele fazer, concluir o trabalho dele, mas vai a luta vai conversando com as coordenadorias que tu consegue aquele material. S3

que é uma questão que não é de nossa competência, não somos nós, mas diz respeito a outros setores, e que a gente tem que ficar, estar sempre chamando atenção das autoridades dos governantes, de que, das necessidades e questionando, mostrando então, é papel nosso pressionar mostrar a necessidade embora não seja nosso resolver esses problemas, a gente tenta, bom quanto não tem aqui vamos encaminhando para um hospital para uma urgência. S6

Então eu acho que nós aqui do setor do curativo a gente tem conseguido um monte de coisas. Agora essa questão da Bota de Unna de fazer aqui, o projeto que esta escrito é o nosso fomos nós que fomos atrás. Então é uma coisa que o micro ta conseguindo uma coisa pro macro. Mostrou a importância e ai esta se fazendo, mas não é uma coisa fácil mas bom tem alguém que esta nos ouvindo bom porque tinha vezes que a gente falava mas ninguém ouvia. S6

Os dois profissionais acima demonstram a importância de se lutar e ir atrás do que achamos que é o melhor para os usuários. A equipe de saúde que atua na assistência direta é que está mais próxima dos pacientes, podendo observar quais as reais necessidades dos mesmos, levando e cobrando dos coordenadores mudanças e ações para a melhoria do serviço.

Manter-se atualizado é imprescindível para que possamos prestar uma assistência livre de imperícias e negligências. Alguns funcionários do serviço de curativos já atuavam na área da saúde coletiva antes da promulgação das leis que

legitimizam o SUS de 1990. Para esses, e para os mais novos, visto que a formação até mesmo desses profissionais ainda carece de conhecimento na área de saúde coletiva, SUS e ética (SANTOS, 1999; BRASIL, 2000 e FORTES e ZOBOLI, 2003), é necessário interar-se de todo conhecimento possível que possa respaldar sua assistência

ler artigos, a gente tem lido muito artigos, isso começou por causa do Mestrado (da Enfermeira) porque fica mais próximo da informação, isso acabou puxando o médico também, a ficar a fim de fazer, ele trás tudo que ele lê, que tem a ver, ele trás quer que nós leiamos. É uma coisa que dá muito trabalho, nem sempre as pessoas tão a fim. Tem que estudar muito. Mas isso tu vai ter que fazer em qualquer profissão que tu tiver isso é que faz a diferenças, sempre lendo, sempre estudando. S6

A enfermeira está cursando Mestrado, com esta experiência ela pode estar mais próxima da literatura. A mesma procura levar tudo que lê e acha pertinente ao serviço para os auxiliares e o médico, isto motivou o mesmo a também procurar manter-se informado e a compartilhar essas informações. Pude notar este empenho durante as observações e também o diferencial que causa na postura do profissional manter-se atualizado.

A responsabilidade pelo paciente e a implementação do sistema de referência e contra-referência é muito importante para uma adequada prestação da assistência e resolutividade dos problemas de saúde dos usuários

daquilo que a gente não pode fazer de mandar por escrito, ou seja, alguém está se responsabilizando, ou um serviço está se responsabilizando por este paciente e não simplesmente vai em tal lugar, o “au-au” assim de boca fica e nem, (...) e eu tenho visto que quando eu faço isso por escrito eu tenho um bom retorno dos locais que eu encaminho também. E eu acho que tem essa coisa, não estão chutando o paciente, não um serviço que não tem aqui tu esta pedindo, quer dizer, não sei se é pedindo, mas um outro recurso mas que esse paciente vai ser acolhido por mim na volta. Como por exemplo, uma drenagem de abscesso a gente não faz aqui encaminha para um Hospital dizendo estou encaminhando mais um paciente de curativo diário quer dizer que vai retornar para mim e eu vou continuar monitorando. S6

Foi relatado pelo profissional que o mesmo procura referendar o paciente por escrito quando encaminha-o para outro serviço, muitas vezes os profissionais se surpreendem com este procedimento chegando até mesmo a telefonarem para o serviço de curativos para dar retorno do encaminhamento. Isto não deveria ser motivo para surpresas uma vez que o sistema de referência e contra-referência é preconizado pelo SUS.

Grande parte das mudanças que se efetivaram no setor se devem ao empenho da enfermeira que procurou mudar suas ações, procurando apresentar uma postura mais responsável e coerente com o sistema de saúde na qual atua. Esta mudança foi não só repassada mas percebida pelos auxiliares que a seguem como uma referência

Então eu até procuro mais explicar os auxiliares fazem pouco isso, mas eu já observei que quando eu passo a fazer alguma coisa, eu sou meio, eu acabo servindo como modelito assim. Tipo quando eu passo a fazer determinadas coisas, orientar, eu vejo que aí eles me seguem repetem, se dão conta, mas eu acho que a gente aprendeu muito fazendo. (...) Que é a história do modelito, nós temos uma prática mais acolhedora mais participativa, as pessoas se sensibilizam e tentam copiar e passam a usar. S

O modelo positivo é um recurso muito eficaz na mudança de atitudes, quando os profissionais notam que se pode se realizar um trabalho diferente, com a real implantação dos princípios do SUS. Eles notam que isso causa uma total transformação no serviço e que assumir esta postura é possível, bastam mudanças das próprias ações sem ficar dependendo de reestruturações políticas externas.

As reuniões entre a equipe também são um meio de se compartilhar idéias e de procurar resolver os problemas que surgem no atendimento, os profissionais reconhecem que esse recurso melhora o entrosamento da equipe e promove um crescimento em conjunto

agora a gente tá fazendo poucas reuniões e a gente tratava disso, há o que podia melhorar, há tal coisa, cada um tem uma percepção então fazia essas discussões de como podia melhorar, a gente melhorou muito assim conversando todo o grupo um observando o outro, do que achava que podia fazer de melhor (...) tendo as reuniões, não para discutir as rotinas administrativas mas de atendimento. S6

Tem as reuniões que ajudam, a gente conversa e resolve as coisas. S2

As experiências vividas por cada um dos profissionais são levadas as reuniões e a troca delas leva a uma percepção compartilhada do mundo dos indivíduos e do grupo como um todo, isto influencia o modo como estes sujeitos irão ver o mundo, vivenciá-lo emocionalmente e comportar-se frente às pessoas (HELMAN, 1994).

4.3.2 Contribuições idealizadas à preservação dos direitos dos usuários

Além das ações já realizadas no serviço de curativos foram propostas contribuições que podem levar a efetivação e preservação dos direitos dos usuários.

Não só o fazer é importante, no setor de curativos os profissionais se dispuseram a realizar uma mudança, colocar os princípios do SUS em prática, e isto realmente pode ser visto, mas para que a mesma tenha um sentido mais amplo, atingindo um número maior de pessoas, não só os usuários que freqüentam o serviço, é necessário que o restante da população, seja ela usuários e profissionais, tome conhecimento disso, sendo necessário que se divulguem os avanços

Outra coisa, acho que é divulgar a produção de trabalhos, apresentação e publicação, porque eu acho que a gente divulga muito pouco, até aqui dentro (posto) as pessoas se surpreendem não sabem o que a gente faz aqui (setor de curativos). S6

Muitas vezes os avanços ficam perdidos ou limitados a um número pequeno de pessoas que se beneficiam diretamente desta melhoria. Muitos profissionais não mudam sua prática por descrença que isso realmente possa ser alcançado. A divulgação de experiências que deram certo propicia que outros profissionais possam averiguar que mudanças são necessárias e possíveis de se implantarem.

Um ponto de vital importância e que também está relacionado com as transformações realizadas pelos profissionais do serviço de curativo, diz respeito ao nível de onde realmente podem sair estas mudanças e a efetivação do SUS.

No serviço para que os princípios/direitos dos usuários do SUS fossem colocado em prática, não se necessitou de mudanças de políticas públicas ou de grandes recursos financeiros, o grande avanço foi a nível micro, ou seja, a nível de indivíduos, mudanças na postura dos profissionais

Eu acho que depende muito mais do micro do que do macro. Acho que o micro, tipo assim os pequeninos vão crescendo e vão, que quando a gente tenta o macro é muito mais difícil tu mudar as pessoas com normas com regras do que elas, tipo casando as duas coisas o ideal seria se a gente tivesse o macro, políticas claras e tal e pessoas interessadas, ou que o micro pudesse puxar o macro para essa questão e vice-versa. S6

O relatório da 11^a. Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2000) apresenta como uma das grandes barreiras para a efetivação do SUS os próprios trabalhadores. Ao analisarmos o depoimento acima e todos os outros dados coletados nesta pesquisa colaboramos com os achados do relatório, as mudanças mais efetivas ocorrem no micro, com os profissionais e não no macro, a nível de Governo.

Entretanto, isto não isenta o Governo de repassar verbas para a compra de recursos materiais para que a assistência se efetive. Não adianta o profissional mudar sua postura, ser comprometido com os princípios éticos e do SUS, se não

forem oferecidos a ele o material necessário para a realização de um curativo, finalidade e interesse maior de suas ações

Olha, primeiro lugar que a instituição forneça aos profissionais que estão lá material para eles trabalharem, condições de trabalho isso ai eles tem que ter. S3

Segundo relato dos funcionários os usuários sentem-se satisfeitos com o serviço principalmente pela postura adotada pelos profissionais. Com tudo, situações como esta que esta, cita acima, ocorre no momento, ausência de verba para compra de Botas de Unna, compromete o atendimento integral as necessidades da população, e os profissionais notam uma decepção por parte dos usuários com o serviço pela falta de material.

Quem escolhe uma das áreas da saúde para se profissionalizar, necessariamente tem que possuir um sentimento de beneficência para com o outro. O objeto de nossas ações é uma pessoa, e para ela, como princípio intrínseco de todas as profissões ligadas à saúde, queremos fazer o bem e só podemos alcançar isto se a respeitarmos como tal.

Um comprometimento com a profissão que escolhemos é ponto culminante para que qualquer mudança ocorra. Os direitos dos usuários estão contemplados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dessa forma a implementação do SUS também passa por uma maior dedicação do profissional de enfermagem para com sua profissão e não apenas com o sistema em que ela está inserida

Uma dedicação maior ao trabalho já que escolheram a enfermagem, tem que haver mais dedicação mais respeito. S1

Na fala deste profissional podemos notar que o mesmo reconhece que mudanças só são efetivas se cada profissional de enfermagem se comprometer e dedicar-se ao exercício pleno de suas atribuições.

Segundo Garrafa (2003, p. 54) “a simples razão de o SUS já constar da legislação brasileira criou um compromisso formal para o Ministério da Educação de instrumentalizar as universidades (...) de todas carreiras da área de saúde e afins”. Contudo, segundo o mesmo autor, isto não ocorreu, a maioria dos novos profissionais, de nível superior ou não, desconhecem ou não se interessam pelo que significa o SUS.

Desse modo, passa pela maneira como está ocorrendo a formação dos profissionais a forma como estes estão atuando na prática, com descompromisso e desrespeito aos direitos dos usuários do SUS.

Os profissionais relataram a importância de se treinar, capacitar os novos agentes reformulando e inserindo conhecimentos apropriados e aos já inseridos no mercado de trabalho a importância da educação continuada

Eu acho que começar a treinar o pessoal mostrar para eles, quando eu cheguei no curativo não sabia muita coisa, daí a Enfermeira diz uma coisa daqui, tu vai fazendo dá um bom resultado, tu começa a pegar gosto por aquilo e faz com vontade faz com prazer sabe, (...) E treinar o pessoal, treinamento, conhecimento passar informação. Nós aqui que estamos fazendo esse trabalho diferenciado de úlcera todos pacientes quase de Porto Alegre tão vindo pra nós e depois que vem não querem sair mais. Então, não sei se a Secretaria de Saúde alguém, tinha que pegar e treinar esse pessoal sabe de outros postos de outros lugares. Se o pessoal dos outros postos fossem treinados a fazer o curativo, a orientar os pacientes, a respeitar os pacientes, a gente pergunta onde o senhor mora, há eu moro lá em Ipanema, o senhor pode fazer o curativo lá em Ipanema bem mais perto. S3

É eu não sei como é que está nos cursos (de formação dos profissionais de enfermagem) hoje, mas acho que esta se trabalhando essa questão SUS dos direitos da ética, na verdade a formação é uma torneira aberta que tu enxuga, enxuga o chão mas a torneira esta sempre saindo água esta sempre pingando tu nunca consegue chegar, esta sempre chegando gente com uma concepção, mas eu acho que melhorou muito eu vejo pelos

profissionais mais novos os alunos aqui, eu acho que uma das coisa é os campos de estágio acho que abrem o campo e mostram essa questão do atendimento diferenciado então eu acho isso um ponto muito importante. S6

então acho que na formação é importante mas não é só ela depois tem que ter a educação continuada, aí eu acho que a atenção e a percepção para mim é o mais importante. S6

Essa formação tem por objetivo uma educação que segundo Freire (1999), deve ser libertadora na medida em que a pessoa possa se descobrir como um ser inacabado e assim, passe a ser sujeito do processo e capaz de fazer transformações. Nesta perspectiva, percebo a importância de se capacitar os trabalhadores em saúde para que estes possam realizar mudanças capazes de consolidar o Sistema Único de Saúde e viabilizar a reforma sanitária na íntegra.

Como citada na primeira e última fala, a educação continuada é fator primordial para que os profissionais possam apreender o sentido do SUS e conhecer e preservar os direitos do usuário. Backes et al. (2000, p. 12), apresenta um conceito de educação continuada que reúne os elementos essenciais que supera as concepções mais tradicionais, pois a considera

[...] um processo educativo formal ou informal, dinâmico, dialógico e contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, buscando qualificação, postura ética, exercício de cidadania, conscientização, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma práxis crítica e criadora.

A definição deste autor mostra a amplitude da educação continuada e como ela é essencial para a transformação e para construção de um novo modelo assistencial e implementação das mudanças necessárias a efetivação do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos do usuário cidadãos SUS na perspectiva da equipe de enfermagem consistiu no foco desta investigação, dentro deste contexto, mais especificamente, a percepção e o agir da equipe frente aos direitos dos usuários.

As discussões na área da Saúde indicam a necessidade de estudos e pesquisas que dêem conta da atual revalorização dos processos de constituição dos sujeitos políticos, enfatizando-se análise de percepções e práticas, em uma expectativa que resgate as dimensões éticas do trabalho em saúde.

Os princípios bioéticos foram contemplados no presente estudo em relação ao reconhecimento dos direitos do usuário, ao reconhecimento do direito a integralidade da assistência, a preservação da autonomia dos usuários, a prática beneficente dos profissionais, a superação e enfrentamento do paternalismo, a justa distribuição de bens e serviços, ao respeito ao outro e a prática pautada na ética da responsabilidade.

Tentamos, inicialmente responder um dos questionamentos da pesquisa como a equipe de enfermagem que está inserida nas unidades de saúde percebe os direitos dos usuários do SUS? A primeira constatação é de que todos os profissionais pertencentes à equipe de enfermagem do setor de curativos conhecem os direitos do usuário que estão contemplados na legislação do SUS.

Primeiramente os profissionais relataram a importância do acesso universal de todos os usuários aos serviços de saúde. A gratuidade foi um dos pontos ressaltados, o que mostra o conhecimento de um dos grandes avanços do SUS que possibilitou a inclusão de uma grande parte da população. Identificou-se uma forte relação entre o acesso funcional e o geográfico, mostrando que os profissionais

reconhecem que o atendimento com acolhimento e responsabilidade faz com que os usuários ultrapassem as fronteiras geográficas e se desloquem de bairros distantes em função do bom atendimento prestados pelos profissionais.

Os profissionais apontaram, também, o direito a integralidade da assistência, reconhecendo as pessoas como seres integrais, bio-psico-sociais, e que estes devem ser atendidos com esta visão integral e não de maneira fragmentada, o que expõe uma dissociação com o modelo assistencial predominante nos serviços, o médico-privatista, que tem como foco a patologia para um atendimento focalizado na pessoa que circunstancialmente apresenta uma doença. Isto denota respeito pelos usuários atendidos no serviço e estabelecimento de vínculos duradouros mostrando responsabilidade com as necessidades dos cidadãos.

O direito a preservação da autonomia do usuário representa uma preocupação dos funcionários, que salientam a importância não só da auto-determinação do mesmo, atribuindo-lhe a liberdade de escolha do seu tratamento e respeito a suas preferências, mas a visão do usuário como sujeito participante do seu autocuidado, considerando como fator relevante para uma boa evolução de sua lesão a sua participação no atendimento.

A equipe de enfermagem atribuiu ao direito de igualdade na assistência à saúde o sentido de equidade. Para se chegar a uma distribuição igualitária dos recursos de saúde, em uma sociedade onde existe uma grande heterogeneidade socioeconômica entre os indivíduos, é necessário reconhecer estas diferenças e distribuir os recursos, inicialmente, de acordo com estas distinções. Os profissionais reconhecem a dificuldade quanto a grande demanda dos usuários e os limitados recursos materiais, sendo inevitável o estabelecimento de critérios de necessidade biológica e social para a alocação destes recursos.

Todos os profissionais citaram o direito à informação como sendo este de grande influência para a adesão ao tratamento, exercício de autonomia e cidadania dos usuários. Quanto mais informado o usuário estiver, maior conhecedor de seus direitos, ele estará levando isso a maior reivindicação para que os mesmos sejam efetivados na prática assistencial.

Averiguou -se que a resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos é uma preocupação dos profissionais, e foi ressaltada a importância do encaminhamento a outros setores de modo a disponibilizar todos os recursos possíveis para solucionar os problemas. Isto aponta para uma forte responsabilização por parte dos profissionais com a sua atuação, procurando resolver os problemas dos usuários que buscam o serviço.

Num segundo momento procurando responder a pergunta como esta equipe de enfermagem age em relação aos direitos destes usuários do SUS, é possível concluir que, na prática, a maior parte das ações realizadas pelos profissionais levam ao respeito aos direitos, expondo que é possível implementar os princípios do SUS, embora possa ocorrer algumas situações que não condizem com o respeito aos mesmos, mas que essas não impedem que a equipe de enfermagem atue em consonância com a legislação que rege nosso sistema de saúde.

Quando nos referimos as ações que levam a efetivação dos direitos podemos citar o acesso aos recursos materiais e os humanos de qualidade que levam os usuários a percorrem grandes distâncias até o posto. Esta qualidade se deve a postura dos profissionais que estão sempre preocupados com o acolhimento, o respeito as pessoas e a resolução de seus problemas.

A autonomia dos usuários é reconhecida, e sua participação no tratamento estimulada, embora em alguns momentos, em nome da beneficência, a equipe de

enfermagem parece resguardar para si a tomada de decisão, e os usuários, pelo baixo exercício de sua cidadania, acatam as decisões tomadas por outras pessoas, predominantemente, sem contestar, assumindo uma postura de submissão frente as ações destes profissionais.

Outro ponto encontrado é que em relação ao fornecimento de informações. Estas orientações ora são meramente informativas, sendo até mesmo em alguns momentos não suficientemente esclarecedoras e com ausência de intuito terapêutico ora como problematizadora, com vistas a participação do usuário no seu tratamento reconhecendo que o direito à informação sobre si mesmo é de vital importância, pois só um indivíduo bem informado pode decidir com autonomia sobre sua vida.

Foram apontadas dificuldades para a implementação dos direitos dos usuários do SUS na prática sendo elas relacionadas ao serviço, aos profissionais e aos usuários.

Em relação ao serviço, foram citadas as dificuldades ligadas ao grande número de atendimentos que leva a um procedimento meramente tecnicista. A falta de coordenação e integração entre os serviços leva a uma desinformação dos profissionais quanto a função das instituições públicas de saúde do SUS, dessa forma os próprios profissionais não conseguem ter condições para prestar adequadas informações aos usuários que ficam desorientados sobre a quem recorrer para a resolução de seus problemas. A insuficiência de verbas para compra de material também foi relatada. Isso se deve a crescente disparidade entre o aumento do número de atendimentos e os recursos destinados a mantê-los.

Quanto as dificuldades relacionadas aos profissionais estão: a omissão de alguns profissionais que por comodismo não realizam procedimentos que são responsáveis, a falta de conhecimento dos direitos e o uso de jargões e linguagem

técnica não compreensível pelos usuários.

Condições relacionadas aos usuários também fazem parte das dificuldades para a efetivação dos direitos. Em decorrência do baixo poder aquisitivo os usuários criam vínculo com o serviço que lhes proporciona o material que precisam e não com os profissionais, o exercício de autonomia parece inexistente em alguns momentos, o conhecimento do próprio corpo e suas funções levam a não aderência ao tratamento assim como a carência socioeconômica e afetiva.

Partindo finalmente para a última questão deste estudo que estratégias poderão ser criadas para preservar os direitos dos usuários do SUS na prática assistencial, os profissionais relataram ações que já colocaram em prática e propostas que visem a preservação dos direitos.

No cotidiano, os profissionais já realizam uma série de ações que julgam favorecer a preservação dos direitos dos usuários e que podem ser aplicadas em outros setores por outros profissionais. Entre elas estão: o comprometimento dos profissionais em respeitar os usuários enquanto pessoas e cidadãos detentores de direitos, negociações com a coordenação para a aquisição de recursos materiais, manter-se atualizado, responsabilidade pelo paciente e a implementação do sistema de referência e contra-referência e reuniões para troca de conhecimentos.

As contribuições que os profissionais apresentaram para a efetivação dos direitos passa pela divulgação de experiências que deram certo e levaram a avanços na implementação do SUS, realização de mudanças a nível micro - do profissional - que são mais efetivas e duradouras, comprometimento com os ideais da profissão e exercício pleno de suas atribuições e mudanças na formação dos profissionais assim como capacitação dos já atuantes que levem a um conhecimento e comprometimento com preceitos do SUS.

Ao final da realização deste estudo pude observar que um dos principais alicerces para se efetivar uma mudança nesta realidade, com implementação dos princípios do SUS e preservação dos direitos dos usuários são os trabalhadores da saúde.

Os avanços alcançados pelos profissionais dos serviços de curativos no que tange não somente ao conhecimento dos direitos dos usuários mas a uma incorporação na prática, mostra que mudanças são possíveis e dependem quase que exclusivamente de nós mesmos.

Algumas mudanças ainda são necessárias na prática para que este cenário se firme como de excelência, mas com certeza eles estão no caminho certo para que isto ocorra.

A efetivação dos princípios dos SUS e a preservação dos direitos dos usuários representam mais que uma doutrina, constituem valores éticos que devem nortear a conduta dos profissionais da saúde. A implementação do SUS significa não apenas a adoção de um novo modelo técnico-assistencial de saúde, mas sim, na construção de uma sociedade mais justa e sem exclusões.

Faz-se necessário novas pesquisas que contemplem a percepção dos usuários a respeito da assistência prestada no setor de curativos assim como a dos outros profissionais da equipe de saúde.

Diante deste contexto, com as considerações levantadas neste estudo é de primordial importância o retorno do mesmo aos sujeitos desta pesquisa como forma de incentivo para a sua prática profissional e também a divulgação a todos profissionais mostrando que esta experiência deu certo, que outros profissionais possam averiguar que mudanças são necessárias e possíveis de se implantar.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.233-242, abr./jun. 1996.

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n.2, p.53-67, jul. 1993.

ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.

BACKES, V. M. S. et al. **A parceria docência e os serviços de saúde**: uma proposta de educação continuada. Santa Maria: Relatório Técnico-Científico ARD/FAPERGS, 2000.

BARCIFONTAINE, C. P.; PESSINI, L. (Orgs.). **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Loyola, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BELLINO, F. **Fundamentos de Bioética**: aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru: EDUSC, 1997.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BORDENAVE, I. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. Capacitação pedagógica para instrutor / Supervisor – Área de Saúde. Brasília : Ministério da saúde, 1994. p.19-26.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº . 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, v.128, p.55-90, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº . 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, DF, 1990c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Grupo de trabalho. **Efetivação da acessibilidade e humanização da atenção à saúde no SUS**. Brasília, 1999. p.17.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2000. 25 p.

_____. Ministério da Saúde. **NOAS – SUS 01/01**. Norma Operacional de Assistência à Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2001.

BUENO, W. S; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalistas? Campinas, 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.html>>. Acesso em: 6 abr. 1998.

BUSS, P. M. et al. **Ministério da Saúde e saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 1976.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CAMPOS, G.W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CANABARRO, S.T. **Traumas físicos em crianças de zero a seis anos ocorridos em domicílio**. Porto Alegre, 2003. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) - Sistema único de Saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.507-515, 2000.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e Saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.2, p.3-17, 2002.

CLOTET, J. Por que Bioética? **Revista Bioética**. São Paulo, v. 1, n. 1, p.13-19, 1993.

_____. A bioética: uma ética aplicada em destaque. In: CAPONI G. A.; LEOPARDI M. T.; CAPONI S. N. C. (Orgs.). **A saúde como desafio ético - Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**. Florianópolis: SEFES, 1994. p.115-129.

_____. O consentimento informado no Comitês de Ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade. **Revista Bioética**. v.3, n.1, p.51-59, 1995.

_____. **Bioética – uma aproximação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

COELHO, L. C. D. **Percepção das enfermeiras acerca da responsabilidade ético-legal no exercício profissional**. 1993. 154 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN-RS). **Legislação**. Porto Alegre, 2001.

DEGANI, V. C. **A resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde Comunitária**. 2002. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ENGELHARDT Jr., H.T. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Loyola, 1998.

FIGUEIREDO, G. O.; BRITO, D. T. S.; BOTAZZO, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.815-823, 2003.

FORTES, P. A. C. Qualidade dos serviços de saúde: o planejamento, a gestão e o usuário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., 1994, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEn, 1994. p.133-138.

_____. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: São Camilo e Loyola, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. Campinas, 1999, 32 p. Mimeografado.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FURLAN, M. Ética. In: LEONI, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Santuário, 2001.

GARRAFA, V. Desafios éticos na política de Recursos Humanos frente às necessidades de saúde. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v. 1, n.3, p.9-18, nov. 1993.

_____. **Dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: USP, 1995.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, Bioética e Equidade. **Bioética**, v. 1, n. 5, p. 27-33, 1997.

GARRAFA, V. Bioética, Saúde e Cidadania. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 23, v.23, set./out. 1999.

_____. Reflexão sobre Políticas Públicas Brasileiras de Saúde à luz da Bioética. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Orgs.) **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: São Camilo e Loyola, 2003.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente**: cidadania na saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDIM, J. R.. Conflitos de Interesse na Área da Saúde. **Núcleo Interinstitucional de Bioética**. 1999. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioetica.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2003.

_____. Compaixão, simpatia e empatia. **Núcleo Interinstitucional de Bioética**. 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioetica.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2003.

_____. Bioética e Família. **Núcleo Interinstitucional de Bioética**. 2003. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/bioetica.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2003.

GOMES, I. L. V. **Direitos do cidadão hospitalizado**: conhecimento e prática dos enfermeiros. Fortaleza, 2001. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JUNGES, J. R. **Bioética – perspectivas e desafios**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectivas de reorganização da assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.161-168, abr./jun. 1999.

LEONI, S.; PIVITERA, S. Bioética. In: LEONI, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J. T. (Coord.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Santuário, 2001.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.esp., p.86-101, 1999.

LOPES, M. J. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho da enfermagem. IN: WALDOW, V. R. **Maneiras de cuidar-maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1985.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. **Do poder pastoral ao cuidado de si**: a governabilidade na enfermagem. 1997, 279f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

_____. Bioética Aplicada à Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 51, n. 4, p. 543-712, out./dez. 1998.

LUNARDI, V. L.; SOARES, N. V. Os direitos do cliente como uma questão ética. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2002.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: Os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. (Org.) et al. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir**: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas, 1998. Mimeografado.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MIRANDA, A. Expectativas dos clientes hospitalizados frente ao relacionamento com a equipe de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 149-3000, abr./jun., 1997.

MORETTO, E. S. K. **Os enfermeiros e o SUS**: da realidade à possibilidade. Passo Fundo: UPF, 2001.

OLIVEIRA, F. **Bioética**: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna, 1997.

ORNELLAS, C.P. Cidadania e Direitos Sociais. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 184-188, out. 1995.

OSELKA, G. Direitos dos Pacientes e Legislação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.47, n.2, p.104-105, abr./jun. 2001.

PAGANO, A. C. C. **A Saúde Pública em Face do Código de Defesa do Consumidor**. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendência de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.161-174.

RAMOS, D. D. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde.** 2001. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

RAWLS, J. **Sobre las libertades.** Barcelona: Paidós, 1996.

RIOS, T. A. **Ética e competência.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

RODRIGUES, M. S. P. A complexidade da inter-ação enfermeira-enfermo. **Cogitare enfermagem.** Curitiba, v.2, n.1, p. 50-52, jan/jun. 1997.

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência.** 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.48, n.2, p.109-119, abr./jun. 1995.

SANTOS, B. R. L. **Educação, Enfermagem e Prática Profissional com Famílias:** vivências de professores de um curso de graduação. 1996. 251 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

SANTOS, E. **A decodificação do código de ética dos profissionais de enfermagem:** uma contribuição à discussão da ética profissional. 1999. 157 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

SANTOS, L. R.; BENERI, R. L. **Os direitos do cliente como uma questão ética no trabalho da enfermagem.** 2001. 56 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) – Curso de Enfermagem e Obstetrícia, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2001.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo no programa de saúde da família:** realidade ou desejo? 2002. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola da Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHRAMM, F. R. As diferentes abordagens da Bioética. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. **Ética, Ciência e Saúde:** desafios da bioética. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, jul./ago. 2001.

SELLI, L. **Bioética na Enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.

_____. Bioética e Enfermagem. **Nursing**. Rio de Janeiro, p. 21-24, set. 2001

SGRECIA, E. **Manual de Bioética**. São Paulo: Editora Lyola, 1996.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA, F. L. Direitos e Deveres do paciente Terminal. **Revista Bioética**. São Paulo, v.1, nº2, 1993. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 7 dez. 2003.

SILVA, L. F.; et al. Cuidado de Enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.54, n.4, p.578-588, out./dez. 2001.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v.10, n.2, p.73-88, 2002.

SOARES, N. V. **A problematização dos direitos do cliente como desencadeadora da problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem**. Florianópolis. UFSC, 2000. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

TAYLOR, S. E. **Health Psychology**. New York: Random House, 1986.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.221-235.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto, 1998.

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Consentimento Livre e Esclarecido

O estudo intitulado: “Direitos do cidadão usuário SUS: A percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde”, tem como objetivo geral analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos do cidadão usuário do SUS e sua aplicação no exercício da assistência de enfermagem.

Para a coleta de dados, serão realizadas observações durante o turno de trabalho e uma entrevista semi-estruturada gravada com cada um dos profissionais envolvidos. Para preservar a privacidade, as observações e entrevistas serão identificadas por códigos e as informações serão usadas somente para fins de pesquisa e sua divulgação.

Fui informado que a pesquisa tem por finalidade a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela enfermeira Letícia Rosa Santos, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob orientação da Prof^a. Dr^a. Olga Rosária Eidt.

Declaro que fui informado que tenho a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento sem que isso venha a meu prejuízo, que o pesquisador irá responder a qualquer pergunta ou dúvida sobre o trabalho e que não serei identificado garantindo meu anonimato. Tendo ciência destas informações concordo em participar da pesquisa.

Se houver dúvidas posso esclarece-las com a Prof^a Orientadora (Tel. 3342-4101) ou com a Mestranda Pesquisadora (Tel. 3219-9272).

Nome do participante: _____

Assinatura o participante: _____

Data: ____/____/____

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM A
EQUIPE DE ENFERMAGEM**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro da Entrevista Semi-estruturada com a Equipe de Enfermagem

Data: _____ Horário de início: _____ Horário de Término: _____

Entrevista nº _____ Unidade: _____

1. Há quanto tempo você trabalha em saúde coletiva?
2. E há quanto tempo você trabalha nesta unidade?
3. Quais os direitos do usuário do SUS que você conhece?
4. Como estes direitos ocorrem na sua prática profissional?
5. Partindo, então, destas vivências, que sugestões você poderia propor para que estes direitos do usuário do SUS sejam preservados?

**APÊNDICE C – OFÍCIO À COORDENADORA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM
DO CENTRO DE SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Prezada Coordenadora do Serviço de Enfermagem

Eu, Letícia Rosa Santos, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Olga Rosária Eidt estou realizando um estudo sobre a percepção e o agir da equipe de enfermagem em relação aos direitos do cidadão usuário na assistência no contexto do SUS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Para a realização do mesmo solicitamos a colaboração de V. Sr^a., no que se refere à possibilidade para realizar observações e entrevistas com a equipe de enfermagem do serviço de curativos para fins de coleta dados.

Comprometemo-nos a manter confidencialidade sobre a identificação dos informantes da instituição Coordenadora do Serviço de Enfermagem incluída na pesquisa, e que os dados coletados serão usados estritamente para esta pesquisa. Meu telefone para maiores esclarecimentos é 3219-9272 e de minha orientadora 3342-4101.

Contando com vossa preciosa colaboração e apoio, antecipamos agradecimentos.

Atenciosamente,

Letícia Rosa Santos

Olga Rosária Eidt

APÊNDICE D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPE DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO

Parecer da Comissão de Ética e Pesquisa

Trabalho: Direitos do cidadão usuário SUS: a percepção e o agir da equipe de enfermagem em um centro de saúde.

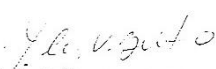
Autor: Letícia Rosa Santos

Projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Orientação: Professora Dr^a Olga Rosária Eidt.

Os aspectos éticos estão adequados, portanto aprovo o projeto para ser desenvolvido em Serviço desta Secretaria. Ao término da pesquisa a pesquisadora deverá entregar cópia da dissertação de Mestrado para a Assessoria de Planejamento e Programação desta Secretaria e a para a Chefia de enfermagem do Centro de Saúde

Porto Alegre, 20 de junho de 2003.


Maria Regina Varnieri Brito
Equipe de Controle Epidemiológico
Mestre em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ
Doutorando em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

ANEXO A – FOLDER INFORMATIVO DO SERVIÇO DE CURATIVOS

COMO APLICAR UMA ATADURA COMPRESSIVA










O pé deve ser colocado sobre um suporte ou ser elevado para que a atadura possa ser colocada; Acompanhe no desenho ao lado os números da instrução abaixo:

1. a atadura deve começar abaixo da linha dos dedos, iniciando a aplicação pela borda externa do pé;
2. aplique 2 a 3 voltas ao redor do pé e suba a atadura em direção ao calcanhar;
3. cubra o calcanhar com uma ou duas voltas, é importante observar se a planta do pé ficou totalmente coberta;
4. e 6. siga o espiral dando uma volta ao redor do tornozelo que cubra a parte superior do calcanhar;
5. e 7. suba a atadura com movimentos circulares ao redor da perna a partir do tornozelo em direção do joelho;
8. a atadura deve ficar superposta em cada volta, em torno de 50% (metade) sobre a atadura anterior; termine a aplicação justamente abaixo do joelho;
9. a atadura não deve retornar em direção ao pé, devendo acabar abaixo do joelho.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Saúde
Serviço de Curativos
Programa de Úlceras de Perna

**COMO CUIDAR DAS
ÚLCERAS DE PERNA**

FilaBomfim

Úlcera de Perna

Para que o paciente que possui úlcera de perna entenda a sua doença e possa cuidar-se, é importante que conheça como funciona a circulação do sangue e o que ocorre quando as veias das pernas estão doentes.

A circulação do Sangue

O sangue que sai do coração é levado para todo o corpo pelas artérias e é trazido de volta para o coração pelas veias.

Nas pernas, o sangue circula das veias próximas da pele para as mais profundas, que estão envolvidas pelos músculos. As veias possuem válvulas que forçam o sangue a seguir o seu caminho em direção ao coração e não permitem que ele volte para os pés. Se as válvulas deixam de funcionar, o sangue segue em qualquer direção, causando aumento da pressão nos vasos sanguíneos, inchaço das pernas, dor e deformidade dos vasos formando as varizes. Quando estamos deitados, principalmente com as pernas para cima, o sangue volta mais facilmente para o coração.

Como surgem as úlceras

As úlceras (feridas) aparecem quando existe má circulação do sangue que volta para o coração devido ao mau funcionamento das válvulas. Com o passar dos anos, a pele pode ficar mais escura na parte inferior da perna, endurecida e podem aparecer feridas próximas do tornozelo. Elas podem ocorrer espontaneamente (por si) ou por trauma (uma batida ou arranhão) e podem ficar abertas durante meses ou anos, principalmente enquanto a perna permanecer inchada.

Cuidados importantes para toda a vida

- após a cicatrização da ferida é muito importante o uso de meias elásticas, pois as meias ajudarão o retorno do sangue para o coração e evitarão o inchaço das pernas e abertura de novas úlceras;
- a cicatrização da úlcera não significa a cura da doença, pois as válvulas continuam com problemas e o sangue tem dificuldade para voltar ao coração;
- não permaneça de pé por tempo prolongado, sempre que possível repouse deitado(a) ou sentado(a) com as pernas elevadas; o inchaço nas pernas causa dor e produz feridas. Pequenas caminhadas fortalecem os músculos das pernas e ajudam na circulação do sangue.

Como fazer um curativo no domicílio

Os curativos poderão ser realizados em casa, diariamente, no horário do banho, da seguinte forma:

- retirar as ataduras e/ou gazes da ferida, se aderidas usar água;
- tomar banho como de costume, molhando a lesão (ferida);
- usar sabonete neutro ou sabão de glicerina para o banho;
- ensaboar a lesão com gaze ou pano limpo, realizando movimentos suaves, sem agredir ou esfregar a ferida;
- se tiver chuveirinho, fazer jatos com o dedo na mangueira do chuveirinho (como se tivesse regando as plantas);
- retirar, sem machucar, crostas (cascas) e peles mortas que estiverem se soltando, lavar abundantemente com água;
- secar a pele ao redor da ferida;
- colocar pomada ou vaselina sobre a ferida e fechar com gaze seca;
- aplicar as 2 ataduras compressivas com a ajuda de outra pessoa (um familiar ou amigo).

Cuidados com as ataduras compressivas

- as ataduras devem ser aplicadas sempre com o auxílio de outra pessoa e devem ficar bem apertadas, mas não tão apertadas que causem incômodo. Elas ajudarão a volta do sangue das pernas para o coração, facilitando a circulação e cicatrizando as feridas.
- As ataduras deverão ser retiradas sempre que o paciente sentir sensações anormais (formigamento, dor intensa ou coloração azulada da pele e dedos do pé).
- podem ser colocadas na troca do curativo e não devem ser retiradas à noite, o paciente deverá dormir com elas. O ideal é que ele levante da cama com a compressão na perna. Se as ataduras deslizarem para baixo ou ficarem frouxas, deverão ser repassadas.
- as ataduras podem ser lavadas a mão ou a máquina. Não coloque na centrifuga forte, nem em secadora de roupas. Devem ser colocadas sobre uma toalha ou secador para que sequem sem perder a elasticidade. Quando a elasticidade desaparecer, jogue a atadura no lixo porque não terá ação compressiva sobre a perna.